



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
POLÍTICAS SOCIAIS**

**INTERDISCIPLINARIDADE E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO
TRABALHO EM SAÚDE**

LUCILENE ALVES PEREIRA COSTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP, Campus Baixada
Santista para obtenção do título de Mestra.

Santos, Dezembro de 2019.

LUCILENE ALVES PEREIRA COSTA

**INTERDISCIPLINARIDADE E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO
TRABALHO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP, Campus Baixada
Santista para obtenção do título de Mestra.

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. ROSILDA
MENDES

Santos, Dezembro de 2019.

RESUMO

Este estudo teve o propósito de desenvolver uma análise crítica sobre como a interdisciplinaridade vem sendo compreendida e implementada pelos trabalhadores, a partir da particularidade do cotidiano das práticas profissionais em saúde, e promover o debate entre os diferentes posicionamentos acerca da temática. A produção de dados foi realizada por meio das técnicas de pesquisa, bibliográfica, documental e revisão integrativa de artigos científicos da área de saúde, em periódicos indexados nas bases de dados SCIELO, BVS, LILACS, PUBMED e teses e dissertações da Biblioteca de Teses e Dissertações da CAPES, publicados no período entre janeiro de 2007 a dezembro de 2017. A pesquisa bibliográfica identificou ausência de consenso sobre o conceito de interdisciplinaridade, bem como mostrou que a perspectiva interdisciplinar é pautada por autores de diferentes áreas do saber. A análise buscou identificar se a incorporação terminológica corresponde a concepções e práticas coerentes no cuidado em saúde, como também, se a interdisciplinaridade presente nos discursos profissionais seria suficiente para garantir a realização de um trabalho coletivo e articulado. Os resultados foram organizados em três núcleos: a interdisciplinaridade na formação acadêmica; a interdisciplinaridade na atuação profissional; e o lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade. Dentre os achados destaca-se a constatação de que, embora o trabalho em saúde tenha como princípio norteador o cuidado integral e as Diretrizes Curriculares Nacionais primem por uma formação interdisciplinar, ainda é preponderante entre os cursos de graduação, os currículos pautados em disciplinas, que reflete em práticas desarticuladas e isoladas. Identificou-se que discussão da interdisciplinaridade no âmbito da prática profissional em saúde, apesar de ser recorrente entre os profissionais que integram as diferentes equipes, ainda se restringe ao campo teórico. Apreende-se que há uma tendência em relacionar tudo que é realizado em grupo e de forma coletiva, com a perspectiva interdisciplinar. No que diz respeito ao Serviço Social, apesar do reduzido número de estudos encontrados, as discussões feitas contribuem para o desenvolvimento de análises crítica-reflexivas acerca da realidade onde se materializam as práticas. Os aspectos observados ao longo da realização deste estudo demonstrou que o lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade é o de refletir sobre a temática no interior da sociedade capitalista de produção, enquanto elemento tensionado pelas contradições do sistema, que terceiriza, flexibiliza e fragmenta os diferentes processos de trabalho. Inserida em um movimento histórico de crise de paradigmas, a interdisciplinaridade como estratégia para perpassar as barreiras instituídas, tem entre seus maiores desafios, o de tomar como princípios: a totalidade, a contradição, a mediação, bem como a contradição inerente ao modo de produção capitalista. A realização de práticas interdisciplinares em consonância com o princípio da integralidade das ações em saúde se torna cada vez mais necessária, tanto para manutenção do diálogo entre os diferentes campos do conhecimento e o fortalecimento das relações profissionais, quanto para melhor responder às necessidades de saúde. Espera-se que este estudo possa contribuir para a ampliação, sistematização e aprofundamento do tema, bem como fornecer elementos aos profissionais à reflexão e à melhoria das práticas em saúde.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Política de Saúde. Trabalho Profissional.

ABSTRACT

This study aimed to develop a critical analysis on how interdisciplinarity has been understood and implemented by workers, based on the particularity of daily professional practices in health, and to promote the debate between the different positions on the theme. The production of data was carried out through the techniques of research, bibliography, documentary and integrative review of scientific articles in the health area, in journals indexed in the databases SCIELO, BVS, LILACS, PUBMED and theses and dissertations of the Library of Theses and Dissertations of CAPES, published in the period between January 2007 and December 2017. The literature search identified a lack of consensus on the concept of interdisciplinarity, as well as showed that the interdisciplinary perspective is guided by authors from different areas of knowledge. The analysis sought to identify whether the incorporation of terminology corresponds to coherent conceptions and practices in health care, as well as whether the interdisciplinarity present in professional discourses would be sufficient to ensure the performance of a collective and articulated work. The results were organized into three nuclei: interdisciplinarity in academic education; interdisciplinarity in professional performance; and the place of Social Service in interdisciplinarity. Among the findings it is noteworthy the finding that, although health work has as its guiding principle the comprehensive care and the National Curriculum Guidelines excel for an interdisciplinary education, it is still predominant among undergraduate courses, curricula based on disciplines, which reflects in disjointed and isolated practices. It was identified that discussion of interdisciplinarity in the scope of professional practice in health, despite being recurrent among professionals who integrate the different teams, is still restricted to the theoretical field. It is understood that there is a tendency to relate everything that is performed in group and collective way, with the interdisciplinary perspective. With regard to the Social Service, despite the reduced number of studies found, the discussions contributed to the development of critical-reflexive analyses about the reality where the practices materialize. The aspects observed throughout this study demonstrated that the place of Social Service in interdisciplinarity is to reflect on the theme within the capitalist society of production, as an element tensioned by the contradictions of the system, which outsources, flexibilizes and fragments the different work processes. Inserted in a historical movement of crisis of paradigms, interdisciplinarity as a strategy to cross the established barriers, has among its major challenges, that of taking as principles: the totality, the contradiction, the mediation, as well as the contradiction inherent to the capitalist mode of production. The implementation of interdisciplinary practices in line with the principle of integrality of health actions becomes increasingly necessary, both to maintain the dialogue between the different fields of knowledge and the strengthening of professional relationships, and to better respond to health needs. It is hoped that this study can contribute to the expansion, systematization and deepening of the theme, as well as provide elements to professionals for reflection and improvement of health practices.

Keywords: Interdisciplinarity. Health Policy. Professional Work.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 INTERDISCIPLINARIDADE: APORTES EPISTEMOLÓGICOS	19
2.1 Paradigma disciplinar: pressupostos e consequências do positivismo	19
2.2 Bases do pensamento e da prática interdisciplinar	23
3 POLÍTICAS DE SAÚDE: história, redefinições de caminhos e de práticas	33
3.1 Trabalho em equipe, formação profissional e interdisciplinaridade	42
3.2 O trabalho em saúde é vivo e em ato	49
3.3 O trabalho em saúde é interdisciplinar	55
4 INTERDISCIPLINARIDADE NO SERVIÇO SOCIAL	63
5 PERCURSO METODOLÓGICO	68
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
8 REFERÊNCIAS	104
ANEXOS	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Artigos que abordam a interdisciplinaridade na formação profissional	78
Quadro 2: Iniciativas de mudanças na formação profissional em saúde	86
Quadro 3: Elementos favoráveis ao trabalho interdisciplinar	87
Quadro 4: Obstáculos à interdisciplinaridade	87
Quadro 5: Artigos analisados no núcleo dois	88
Quadro 6: Conceitos utilizados para representar o grau de interação entre as disciplinas	95
Quadro 7: Artigos analisados no núcleo três	97

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Os seis passos da Revisão Integrativa.....	69
Fluxograma 2: Processo de Seleção dos Artigos na base de dados PUBMED	73
Fluxograma 3: Processo de Seleção dos Artigos, Teses e Dissertações na base de dados da CAPES	73
Fluxograma 4: Junção dos Processos de Seleção dos Artigos analisados neste estudo.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Processo de Seleção dos Artigos na BVS	71
Gráfico 2: Processo de Seleção dos Artigos na base de dados SCIELO	72
Gráfico 3: Processo de Seleção dos Artigos na base de dados LILACS	72
Gráfico 4: Evidencia o período de maior inflexão das publicações no percurso pesquisado	75

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CAP Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF Constituição Federal
CFESS Conselho Federal de Serviço Social
CNS Conferência Nacional de Saúde
CNS Conselho Nacional de Saúde
ESF Estratégia Saúde da Família
EIP Educação Interprofissional
IAP Instituto de Aposentadoria e Pensão
IES Instituição de Ensino Superior
IIER Instituto de Infectologia Emílio Ribas
INPS Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOPS Lei Orgânica da Previdência Social
MEC Ministério da Educação
MS Ministério da Saúde
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAP Programa de Aprimoramento Profissional
PNS Política Nacional de Saúde
PRF Projeto de Reforma Sanitária
PS Pronto Socorro
PSF Programa Saúde da Família
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PUBMED Sistema que compreende mais de 26 milhões de citações para literatura biomédica proveniente do Medline, periódicos de ciências médicas e livros online
RSB Reforma Sanitária Brasileira
SCIELO A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros
SESP Serviço Especial de Saúde Pública
SNS Sistema Nacional de Saúde
SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
UEPB Universidade Estadual da Paraíba
UNESCO Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

AGRADECIMENTOS

A escrita destas palavras segue acompanhada pela combinação de alegria, melancolia, satisfação, gratidão, simultaneamente. Sem me sentir obrigada a cumprir uma mera formalidade é com muita emoção que registro meus agradecimentos àqueles que percorreram as entrelinhas dessa trajetória.

Em primeiro lugar a Deus, pois sem a sua permissão não teria encontrado força de alternativas, coragem e pessoas que foram enviadas por ele com a missão de serem verdadeiros anjos para me ajudarem a perseverar e fechar mais esse ciclo em minha vida. Essas pessoas merecem ser explicitadas neste trabalho, pois sem a confiança, carinho, atenção, apoio, preocupação e o companheirismo delas, talvez não fosse possível.

É com muita alegria e pesar que agradeço ao meu Pai Francisco Alves Pereira, que embora não esteja mais presente entre nós, conseguiu com seu jeito amigo de ser e sua tamanha dedicação no ato de se fazer Pai (o melhor que poderíamos ter), nos deixar valiosos ensinamentos, que estão enraizados em mim. Obrigada meu querido, meu velho e verdadeiro amigo, por ter sido o maior mestre da minha vida. Por todos os momentos que compartilhamos juntos sigo te amando infinitamente!

À minha mãe Luiza Alexandre, que também se empenhou nesta luta e desenvolveu tudo que lhe foi possível com muito amor e dedicação;

Ao meu companheiro de vida Diogo, que soube compreender meus momentos de ausências em função deste trabalho e se fez presente em todos os momentos, dividindo alegrias, angústias e conquistas. Viver essa experiência ao seu lado serviu para reafirmar meu entendimento de que, todo relacionamento deve ser sustentado pela confiança, amor, cumplicidade, carinho, atenção, compreensão, temperança e muito afeto. Ele que inúmeras vezes abriu mão do nosso (nós dois), para atender minhas demandas acadêmicas, que não foram poucas, por esses e tantos outros motivos hoje ele se torna mestre em e por companheirismo.

Às minhas queridas irmãs Lucinete, Luzineide e Luana pela torcida, apoio e motivação em todos os momentos da minha vida, sobretudo, ao longo desta caminhada. Desejo de coração que Jesus se faça sempre presente em nossas vidas, a cada dia fortalecendo mais e mais nossos vínculos de amor e união;

À minha sobrinha Lunara, que compartilhou desse momento e sempre esteve disposta a ajudar no que foi preciso para que eu pudesse concluir esse percurso;

À minha orientadora Dra. Rosilda Mendes, que em meio às contradições da agenda de uma trabalhadora estudante buscou alternativas para me auxiliar da melhor maneira possível na construção deste estudo;

Aos Professores, com os quais muito pude aprender e obter elementos para este trabalho;

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Políticas Sociais da UNIFESP;

Às Professoras Nilza Rogéria, Sônia Nozabielli, Luciane Pezzato, Adriana Barin por aceitarem nosso convite para compor a banca de avaliação desta dissertação, como também a Terezinha Rodrigues que gentilmente aceitou substituir a Profª Sônia, que por motivos de força maior não pode participar;

A amiga Maria Luciana (Lú), com quem desde o período da graduação compartilho momentos e mesmo distante se fez presente;

Às companheiras da Carona UNIFESP, com quem compartilhei risos, angústias e conquistas durante esta caminhada, já sinto saudades. Espero que a vida nos dê a oportunidade de muitos reencontros;

A amiga Fernanda, parceira desde o primeiro dia de aula, amenizou meus medos sem que eu precisasse expressá-los. Quando pensei que estava só em um lugar distante e desconhecido, a vida proporciona nosso encontro (só para constar no primeiro contato, ela gentil e atenciosamente me levou até o pensionato) desde então foi escuta, incentivo, preocupação, carinho e atenção;

Aos colegas de trabalho na pessoa de Carina, em quem tenho encontrado apoio e companheirismo para compartilhar das angústias do último semestre deste processo;

Aos colegas de classe com quem convivi com muita alegria. Enfim, a todos que participaram dessa caminhada comigo seja de forma direta ou indiretamente;

Encerro esse ciclo com a sensação de dever cumprido, o coração cheio de gratidão por tudo vivido até aqui e vivenciando uma combinação de entusiasmo e ansiedade pelos desafios que me aguardam na construção da minha carreira acadêmica.

*“Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro. Estou
preso à vida e olho meus companheiros. Estão
taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade. O
presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos
dadas.”*

Carlos Drummond de Andrade.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa nasceu do interesse em discutir as diferentes práticas profissionais que são desenvolvidas nas políticas de saúde. A aproximação com a temática ocorreu no âmbito da atenção básica, mais especificamente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II da cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba. O ponto de partida para as reflexões durante minha graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB foi identificar no discurso profissional, o uso da palavra “interdisciplinar”, o que não necessariamente resultava na realização de práticas mais articuladas e articuladoras.

Naquele momento, o intuito foi de contribuir com as reflexões acerca da atuação profissional da equipe de trabalho, que se mostrava muito mais multidisciplinar, como uma somatória de diferentes áreas do saber que não produziam arranjos e práticas interdisciplinares. Refletimos o quão seria indispensável que houvesse a troca entre as diversas áreas do conhecimento visando um objetivo comum, como também a necessidade de compreender o indivíduo em sua totalidade, pois o processo de saúde, doença e cuidado está relacionado com as condições e contexto de vida.

Contudo, não era essa a realidade do trabalho em equipe, talvez por falta de conhecimento, compromisso com a oferta dos serviços prestados ou especialmente pela formação profissional que não tem possibilitado outras formas de atuação e compreensão da realidade, haja vista que as premissas da teoria positivista baseada nas disciplinas, que permeiam a formação dos profissionais, em especial na saúde, refletem diretamente sobre a fragmentação do conhecimento e, conseqüentemente, sobre o fazer profissional.

Ao apresentarmos aquela proposta de estudo, que teve a entrevista semiestruturada como instrumental utilizado para coleta de dados fomos questionados sobre a possibilidade de acesso ao material antes da realização da entrevista, pois queriam se preparar melhor para participarem da pesquisa. Foi possível identificar, a partir deste fato, a insegurança por parte dos profissionais que atuavam na equipe, que incansavelmente falavam sobre trabalho interdisciplinar. Ao explicarmos que seria inviável para o resultado do estudo o acesso com antecedência ao conteúdo da entrevista, enfrentamos certa oposição por parte de alguns profissionais, que a princípio, se recusaram a participar. Após a apresentação do projeto, da temática a ser abordada e da importância desse tipo de reflexão para uma possível reorganização do trabalho, os profissionais aceitaram participar da investigação.

O resultado desse trabalho nos permitiu perceber que: o trabalho multidisciplinar é mais fácil de ser alcançado do que o interdisciplinar; o fato de ter uma equipe composta por

diferentes profissionais desenvolvendo algumas atividades em conjunto não é, necessariamente, sinônimo de trabalho interdisciplinar; na realização de práticas interdisciplinares é importante considerar as estruturas históricas e institucionais, as quais, na maioria das vezes, possuem uma dinâmica própria e tendem a resistirem aos processos de mudança técnica, social e política.

Ao migrar da Paraíba, região Nordeste para o Sudeste, mais especificamente o estado de São Paulo, tive a oportunidade de fazer uma Pós-graduação no Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria de Estado da Saúde, na área de Serviço Social e Saúde Pública, dessa vez no âmbito da alta complexidade, tendo como campo o Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Ali, a necessidade de reflexão sobre o fazer profissional era mais evidente, pois a quantidade de equipes e profissionais que atuavam naquele espaço era maior, consequentemente as práticas se mostravam muito mais fragmentadas. Contudo, o discurso sobre a importância da interdisciplinaridade sempre esteve presente entre os profissionais das diversas áreas do conhecimento.

Em meio às contradições identificadas entre discurso e prática profissional e com a finalidade de contribuir com as reflexões acerca do serviço prestado, por conseguinte melhorar a qualidade dos serviços ofertados à população, apresentamos a proposta de trabalharmos a interdisciplinaridade na alta complexidade, por entendermos a importância de um trabalho integrado para melhor atender às diversas demandas que chegavam às equipes profissionais.

Durante esse tempo, participei de inúmeras reuniões de equipes, e ficava cada vez mais explícita a ausência de troca entre as diferentes áreas do saber. Apesar de o médico ser visto como autoridade máxima e não contribuir com o diálogo, quase todos os profissionais que participavam tinham direito à voz, mas tão somente para falar sobre sua atribuição. Não havia um momento onde a equipe buscava a melhor solução para determinado caso, o debate se restringia apenas a divisão de tarefas por área de competência. Logo, foi possível identificar que a fragmentação do saber refletia diretamente sobre aquelas práticas profissionais.

A pesquisa envolveu profissionais de diferentes áreas: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, entre outros. Ao analisarmos os dados, se fez notório que nos discursos dos profissionais entrevistados havia certa dificuldade em demarcar o tema interdisciplinaridade, o que podia acarretar problemas na prática. Entretanto, atribuíam grande importância à interlocução entre os saberes e a construção do trabalho coletivo. A realização desses estudos nos possibilitou a percepção de que, embora

atualmente o debate acerca da interdisciplinaridade tenha perpassado os diversos segmentos da sociedade, no cotidiano dos serviços pesquisados a interdisciplinaridade se encontrava muito mais no plano das intencionalidades e do desejo, do que no âmbito da prática.

Posteriormente, atuei num pronto-socorro, na cidade de Barueri-SP, onde havia necessidade constante dos mais diversos tipos de encaminhamentos. Na maioria das situações, não era possível uma análise anterior, seja pela demanda de atendimentos ou pela falta de interação entre os diferentes profissionais que faziam parte da equipe de trabalho na unidade de saúde. Foi possível observar que no âmbito da saúde, a interdisciplinaridade pode ser o elemento articulador entre as diversas áreas de atuação que sofre as consequências advindas da fragmentação do conhecimento.

Mais uma vez me deparei com a contradição entre discurso e atuação profissional no setor saúde. Ante a inquietação da interdisciplinaridade enquanto vocábulo usado repetidamente entre profissionais que atuam nas diversas políticas de saúde, o que nos faz pensar em práticas articuladas e abertura de espaço para troca de saberes, elementos dificilmente encontrados no cotidiano dos serviços de saúde por onde passei reacende o desejo de aprofundar meus conhecimentos acerca da temática e consequentemente poder contribuir com as discussões no âmbito da prática profissional.

Para tanto, busquei realizar e. A formação em saúde do campus UNIFESP Baixada Santista se coloca neste desafio aproximativo, traz como horizonte, seus módulos articulados, a possibilidade dos discentes passar por diferentes experiências. Nesta perspectiva, e por entendermos a necessidade de dialogar com outras áreas do saber para melhor responder as demandas profissionais optei por ter uma orientadora que transita por outras áreas de conhecimento e tem realizado estudos que abordam as várias dimensões do trabalho em saúde. Assim surgiu o presente projeto de pesquisa, intitulado *Interdisciplinaridade e as Múltiplas Dimensões do Trabalho em Saúde*.

A complexidade do mundo contemporâneo e, mais especificamente, o âmbito da política de saúde, evidencia a necessidade de desenvolvermos perspectivas interdisciplinares, visando alcançar novas formas de pensamentos e práticas. Para tanto, se faz necessário arguir se de fato a intenção teórica se traduz na implantação de novas práticas em saúde.

O termo interdisciplinaridade vem ganhando cada vez mais espaço nos diferentes setores da saúde. Isso implica no fato dessa incorporação terminológica corresponder a concepções e práticas coerentes no cuidado com as pessoas que buscam os serviços de saúde? A interdisciplinaridade presente nos discursos dos profissionais seria suficiente para

garantir que seja realizado, de fato, um trabalho coletivo e articulado? É, portanto, a partir desses questionamentos que buscaremos identificar como a presença do discurso sobre a referida temática vem incidindo e se processando no interior das políticas e práticas em saúde, com vista a subsidiar uma reflexão ético-técnico-conceitual ampliando as possibilidades de trabalho conjunto.

Promover o debate entre os diferentes posicionamentos acerca do assunto a partir de uma revisão conceitual faz parte dos objetivos da presente pesquisa. Contudo, precisar conceitos não é seu único propósito. Teve também o intuito de prover o entendimento de que, no campo da política de saúde, a interdisciplinaridade deve ser compreendida como uma necessidade intrínseca de referenciar as práticas que integram saberes. Objetiva ainda analisar como a perspectiva da interdisciplinaridade vem sendo abordada nas políticas de saúde e nos diferentes espaços do trabalho em saúde. Partimos do pressuposto que, a ampliação, sistematização e o consequente aprofundamento sobre o tema podem contribuir para suscitar reflexões sobre a relevância de um diálogo interdisciplinar, bem como fornecer informações aos profissionais para a melhoria das práticas em saúde.

Esta dissertação se estrutura em três capítulos. No primeiro, Interdisciplinaridade: aportes epistemológicos realizamos um debate acerca do positivismo e sua influência sobre a fragmentação do conhecimento, bem como uma discussão sobre o conceito que a interdisciplinaridade assume enquanto elemento integrador, particularmente na área da saúde, a partir do olhar de diferentes autores e campos do conhecimento. No capítulo 2, Política de Saúde: história, redefinições de caminhos e de práticas apresentamos características fundantes da política de saúde em uma perspectiva histórica. Refletimos sobre o trabalho, a formação profissional e a gestão das políticas de saúde na sociedade capitalista de produção. O terceiro capítulo versa sobre a Interdisciplinaridade Serviço Social.

No procedimento metodológico descrevemos o método utilizado para produção e análise dos dados e posteriormente apresentamos os resultados e discussão, que estão organizados em três núcleos de análise: *interdisciplinaridade na formação acadêmica*; *interdisciplinaridade na atuação profissional* e *o lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade*. Por fim considerações finais, seguida das referências bibliográficas que foram utilizadas na construção deste estudo, bem como os anexos.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas é possível sinalizar que os diferentes processos de trabalho têm sido organizados em equipes. Cabe assinalar que o atual quadro das relações capitalistas deriva da crise dos anos 1970. Com o esgotamento do padrão de crescimento, o capitalismo é levado a buscar alternativas para enfrentar a crise, adotando uma nova forma de produzir a “acumulação flexível” na tentativa de vencer mais um período nocivo à acumulação capitalista. Nesse movimento dialético surgem as transformações societárias que abarcam mudanças substanciais no plano político, econômico, social, cultural e na dimensão ideológica.

Neste contexto, faz-se necessário compreender que as demandas sociais requerem que atores envolvidos nos diversos processos de trabalho estejam atentos às transformações que vêm ocorrendo, seja de cunho social, político e/ou cultural, com o intuito de constituir mecanismos para atenderem as demandas que chegam ao âmbito das políticas sociais, sobretudo na área de saúde. No entanto, a apreensão integral das complexas dimensões do cotidiano dos indivíduos e coletividade enfrentam dificuldades advindas da oferta de serviços fragmentados, fruto da visão compartimentada das necessidades sociais.

Aqui, pensamos o diálogo com a interdisciplinaridade como possibilidade de reflexão no interior das equipes, sua possível reorganização, como também, a construção de novas práticas em saúde. Para tanto, centraremos nossas análises sobre as diferentes concepções acerca da referida temática. Por meio desses aportes, buscaremos identificar como a interdisciplinaridade opera nos serviços e o quanto esse conceito se traduz na construção de um novo objeto e de novas práticas.

Tomaremos como referência a saúde em seu conceito amplo¹, por vislumbrar a possibilidade de trabalharmos com a interdisciplinaridade como elemento que julgamos imprescindível para atuação nas diferentes áreas das políticas sociais. A opção pela centralidade da análise na saúde se deve ao fato de entendê-la em seu sentido amplo e que demanda articulação de diferentes áreas do conhecimento.

A abrangência do conceito nos permite também resgatar a relevância das dimensões

¹ De acordo com o Ministério da Saúde em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1988).

econômica, política e social na construção do processo de saúde, doença e cuidado, numa percepção do indivíduo nas suas necessidades individuais e coletivas. Para tanto, faz-se necessária à busca por respostas, visando identificar e entender as determinações que exercem influência sobre a configuração das demandas sociais apresentadas aos profissionais.

Nesta perspectiva, é possível sinalizar que a saúde não se limita a ausência de doenças, é resultante de uma determinada sociedade e seu desenvolvimento, e encontra-se inserida num contexto histórico. Isso implica em ser vista como conjunto de necessidades humanas, as quais não devem ser fragmentadas, sob o risco da ineficiência das ações setoriais e resultados distantes dos almejados. Daí a relevância da interdisciplinaridade como instrumento imprescindível para pensar a construção de práticas no âmbito das políticas de saúde. Quando optamos por uma atuação interdisciplinar, reafirmamos consequentemente nossos compromissos sociais e apreensão do problema em sua totalidade. Isso requer mudanças no modo de pensar, na organização do trabalho em equipe, como também nas práticas profissionais.

Observa-se que a interdisciplinaridade busca a superação da fragmentação nas políticas em suas diversas áreas de atuação, ou seja, uma articulação entre profissionais que atuam nas instituições e serviços, como uma possibilidade na configuração de uma nova abordagem das necessidades humanas, visando atendê-las em sua totalidade. Mas não podemos desconsiderar as dimensões da singularidade e particularidade, bem como, o fato de que o sujeito vive numa sociabilidade inserida numa determinação universal. As determinações universais atuam sobre o ser social no momento em que ele se apresenta na sua singularidade.

É por meio da mediação que as concepções explicativas nos permitem identificar as partes que compõem a totalidade, ou seja, os detalhes do que está imediatamente posto na realidade. Por isso, a importância de não perdermos de vista a dimensão da singularidade, componente essencial da totalidade.

Ao entendermos que o conceito ampliado de saúde se relaciona com a concepção social de indivíduo, a mediação se dá entre o campo universal (gênero humano) e o singular (ser humano enquanto indivíduo), concretizando-se na relação do indivíduo com a sociedade e suas determinações, entre elas econômica e social.

Neste âmbito, a proposta da interdisciplinaridade, à medida que leva em consideração a complexidade dos fenômenos, está reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferentes para um mesmo objeto. Esta proposta convive com um

conjunto de estratégias de saberes, poderes e processos institucionais e socioculturais, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e a práticas interprofissionais. A realização de práticas interdisciplinares se tornam extremamente importantes nos mais diversos setores da sociedade. Todavia, o fato de se ter uma equipe composta por diferentes profissionais, ambos desenvolvendo algumas atividades em conjunto, não necessariamente resulta nessas práticas.

Para um aprofundamento da temática, buscaremos discuti-la a partir de alguns pressupostos como pontos de reflexão. Na atualidade, o debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade surge no contexto de crítica sobre a fragmentação do saber e a produção de conhecimento, como uma associação dialética entre as diversas dimensões da teoria e prática. O mundo moderno exige dos dirigentes e profissionais, certa capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas, de pensar estrategicamente a ampliação do universo de atuação.

Nosso pressuposto é de que a ampliação, sistematização e o consequente aprofundamento sobre o tema podem contribuir para suscitar reflexões sobre a relevância de um diálogo interdisciplinar, bem como fornecer elementos aos profissionais que contribuam para a melhoria da prática profissional. Logo, a realização deste estudo se reveste de uma importância teórico-acadêmica significativa por contribuir com a literatura existente acerca do tema, como também, para o desenvolvimento de reflexões que apótem práticas mais integradas e socialmente relevantes.

Além disso, pretendemos com nossas reflexões chamar atenção dos trabalhadores não só no setor saúde, mas de outros setores e políticas sociais, de que o trabalho interdisciplinar constitui-se numa exigência perante o problema contemporâneo da fragmentação do conhecimento, e uma possibilidade de reconstituir a unidade dos objetos que essa fragmentação separou. A proposta da interdisciplinaridade, à medida que leva em consideração a complexidade dos fenômenos, está reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferentes para um mesmo objeto.

2 INTERDISCIPLINARIDADE: APORTES EPISTEMOLÓGICOS

2.1 Paradigma disciplinar: pressupostos e consequências do positivismo

As disciplinas foram constituídas a partir de uma visão fragmentada do mundo, como uma produção do conhecimento, orientadas pelo paradigma positivista (LÜCK, 2013). Compreendida enquanto conjunto específico de conhecimento com características próprias, a disciplina como ciência é alcançada através de um método analítico, atomizado e linear. Assim, não permite o indivíduo conhecer a realidade como um todo, pois corresponde a um saber parcelar construído a partir das particularidades. O saber compartimentado em disciplinas favorece a produção de conhecimentos específicos e focalizados em uma única área do saber.

Em seu livro, o *Discurso do Método* (1637), Descartes propõe que a resolução de questões complexas deve se dar por meio da divisão em partes menores a fim de simplificá-las. A integração da resolução das partes solucionaria o todo. Essa fragmentação perpassou o ensino escolar disciplinar, se consolidando a princípio, no século XIX, nas universidades contemporâneas e foram difundidas no século XX, em decorrência dos avanços das pesquisas científicas. Para Morin (2002), as disciplinas surgiram da tentativa de organização do conhecimento.

Embora o positivismo não seja o ponto central do nosso estudo, é relevante contextualizá-lo, pois a fragmentação do conhecimento baseia-se nas premissas positivistas que impõem barreiras entre as disciplinas, impedindo a realização de uma abordagem interdisciplinar. De acordo com Minayo (1993), apesar de Augusto Comte ser considerado por muitos como fundador do positivismo, autores como Lowy consideram que as origens de tal teoria encontra-se na filosofia das luzes do século XVIII com Condorcet, autor da ideia de que a ciência da sociedade deveria ser uma "Matemática Social".

Os principais pontos da filosofia de Comte, entre eles: a ideia de que o progresso é uma lei da humanidade e a possível criação de uma ciência da sociedade, formuladas por Condorcet, foram defendidas e propagadas por Saint-Simon. Essas ideias contribuíram para elaboração da referida filosofia. Ao incorporar seu ideal de sociedade, Comte o transpôs para sua filosofia compreendendo a sociedade composta por partes heterogêneas, porém solidárias, uma vez que se direcionam para manutenção do conjunto (Ibidem).

Conforme Souza Filho (1986), as bases do método de investigação positivista de Comte foram influenciadas tanto pelas ideias do empirismo de Bacon (1561- 1626) e Hume (1711-1776), no que se refere à determinação dos fatos e suas relações, quanto de Locke

(1632-1704) e Condillac (1715-1780) no que tange ao conhecimento dos fatos pela experiência dos sentidos. Dessa maneira, é possível sinalizar que no século XIX as concepções empiristas de conhecimento e método científico exerceram forte influência sobre o método positivista Comtiano (Ibidem).

O pensamento da sociedade a partir da metade do século XIX foi dominado pelas ideias de Comte, tanto como doutrina, quanto método. Embora a base da teoria positivista encontre em Condorcet, filósofo que acreditava na possibilidade de criação de uma ciência para gerir a sociedade baseada na matemática social, foi por meio de Comte que o positivismo se transformou em escola filosófica. O desenvolvimento histórico do positivismo permite entendê-lo tanto como uma filosofia do século XIX que relaciona a ciência com a verdade, quanto corrente filosófica que reitera e radicaliza a posição empirista, característica do positivismo originário (MINAYO, 1993; SOUZA FILHO, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

Para melhor compreensão, julgamos necessário situarmos as ideias em seus contextos históricos. É pertinente destacar que durante a era positivista ocorreram grandes transformações, entre elas: espiritual e material, isso devido às Revoluções Industrial e Francesa. É, portanto, nessa conjuntura que Comte expressa suas ideias e as dissemina para sociedade, a qual vivenciava a expansão do ideário francês (SOUZA FILHO, 1986).

A teoria positivista buscava dar uma explicação geral à crescente especialização advinda do processo de industrialização. Diante disso, Comte buscava transformar sua filosofia num instrumento possível de conservar íntegra a perspectiva do geral. Assim, surgiu a física social, enquanto ciência baseada no modelo de investigação das ciências empíricas que visava encontrar regras para gerir a sucessão e coexistência dos fenômenos. Tal ciência faria uso dos procedimentos e métodos de apreciação dos fenômenos históricos e sociais. (MINAYO, 1993; SOUZA FILHO, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

Para Triviños (1987), Comte contribuiu, portanto, para que o positivismo se fortalecesse enquanto escola do pensamento. Ele compreendia as relações sociais enquanto algo complexo, que precisavam de investigações sistematizadas para evitar o risco de interpretações subjetivas. Isso favoreceu a criação da Ciência Social, que a princípio foi nomeada pelo autor, como física social e exerceu certa influência sobre todas as áreas do conhecimento que analisam as diferentes relações sociais. Com tais características, o positivismo fez seguidores pelo mundo. Triviños (1987, p. 33) aponta que:

O precursor declarado do positivismo foi o Auguste Comte (1798 – 1857), que fundamentou suas preocupações em três pontos, uma filosofia da história (na

qual encontramos as bases de sua filosofia positiva e sua célebre “lei dos três estados” que marcariam as fases da evolução do pensar humano: teológico, metafísico e positivo); uma fundamentação e classificação das ciências (Matemática, Astronomia, Física, Química, Fisiologia e Sociologia); e a elaboração de uma disciplina para estudar os fatos sociais, a sociologia que, num primeiro momento, ele denominou física social.

Baseada na ideia de que a ciência era o único meio para construção do conhecimento verdadeiro, o positivismo, corrente de pensamento que repercutiu na Europa durante o século XIX, primava pela ciência em detrimento dos demais conhecimentos humano. O pensamento positivista reconhece apenas a objetividade científica como meio adequado para prover respostas confiáveis, valorizando a teoria da ciência em detrimento da teoria do conhecimento. Para explicar e compreender as relações sociais existentes, as ciências lidam com questionamentos que vão desde a abordagem do objeto, considerando sua relação com o sujeito, e o método utilizado na produção do conhecimento científico (LÜCK, 2013, MINAYO, 1993; SOUZA FILHO, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

Cabe assinalar que, na história do pensamento sempre existiu a ideia de um saber unitário desde a cultura antiga à época medieval, por meio da epistemologia do cosmos sob um olhar unitário da realidade, porém o uno também pode ser múltiplo e passível de unidades. Ao considerarmos o aspecto dialético da realidade social, bem como suas contradições e movimentos complexos, observa-se que a realidade ao mesmo tempo em que é una pode ser múltipla, por isso não podemos isolar o objeto estudado e/ou desconsiderar as múltiplas determinações que o compõe. No entanto, observa-se que a modernidade trouxe sob as diferentes concepções em torno do real uma desintegração do saber unitário abrindo espaço para as especializações, que fragmenta em partes o que é global e complexo.

[...] o desafio da globalidade é também um desafio de complexidade. Existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes. Ora, os desenvolvimentos próprios de nosso século e de nossa era planetária nos confrontam, inevitavelmente e com mais e mais frequência, com os desafios da complexidade (MORIN, 1999. p. 14).

É importante destacar que na Idade Média, a ideia de cosmos e a aceitação de um Deus criador sustentaram a unidade do saber. No século XVIII, a preocupação com a integração dos saberes esteve presente através do movimento iluminista. Já no século XVII ocorreu um processo de desintegração da unidade do saber provocado pelo advento da Era

Moderna. Nesse período, Descartes propôs o uso disciplinado da razão enquanto meio para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade, inaugurando o pensamento moderno (MINAYO, 1993; TRIVIÑOS, 1987).

O modelo cartesiano propiciou a interação entre ciência e técnica atendendo as necessidades da industrialização. Ganha espaço a fragmentação do saber, pois as indústrias precisavam de especialistas para enfrentar os problemas nos processos de produção e comercialização. É, portanto, no século XIX que as especializações se concretizam. Sobre a ideia de especialização, a qual foi ganhando cada vez mais espaço, no cenário das práticas sociais se desenvolveu a ciência ocidental. Com base na disciplinaridade, que se caracteriza pela fragmentação do conhecimento, foram surgindo novas profissões e um novo sistema de ensino (MINAYO, 1993; SOUZA FILHO, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

Embora o modelo cartesiano tenha contribuído para o desenvolvimento científico e tecnológico presente na atualidade, seu reducionismo, à medida que reconhece apenas o método analítico enquanto meio capaz de oferecer explicações mais completas e a única forma válida para produzir conhecimentos, apresenta-se como perigo, dado que a produção de conhecimento é determinada histórica, social e culturalmente. Em função das novas perspectivas e desafios postos para a ciência, faz-se necessário uma ampla revisão do modelo de pensamento elaborado nos séculos XVI e XVII, uma vez que, com o avanço da ciência foi possível identificar sinais de esgotamento do paradigma racionalista da modernidade (LÜCK, 2013; MINAYO, 1993; SOUZA FILHO, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

Para Lück (2013), alguns pressupostos contribuíram para construção disciplinar: a visão positivista compreende o universo, enquanto um sistema mecânico formado por elementos básicos que podem ser entendidos fora do seu contexto. A realidade nesse universo é estável e pré-existe a percepção humana; há uma verdade única que independe do sujeito cognoscente para existir; a matéria é estática e apresenta um significado próprio que pode ser identificado através de métodos científicos; e a ciência é livre de valores.

Nesta perspectiva, conhecer está diretamente relacionado a fragmentar, pois só assim seria possível alcançar o conhecimento racional, que tem por princípio a simplificação e redução do objeto de conhecimento em elementos elementares. As especializações resultam de um método de construção do conhecimento, que baseado nos pressupostos epistemológicos se caracterizam pela fragmentação paulatina da realidade, desconsideram a historicidade dos fenômenos estudados, organizam os estudos de acordo com leis causais, promove o distanciamento do pesquisador em relação ao objeto pesquisado, no intuito de garantir objetividade, analisa a realidade de maneira quantitativa e

fornece explicações estáticas, entre outras (Idem).

(...) o modelo positivista tem por objetivo explicar os fenômenos, com vistas a predizê-los e controlá-los, em razão do que sua orientação é conservadora. Consequentemente, generaliza informações de uma realidade. Essa generalização estabeleceria leis explicativas, a partir do pressuposto de estabilidade, ordem e regularidade dos fenômenos (LÜCK, 2013, p. 33).

Como herança do iluminismo, o positivismo buscou encontrar leis gerais e invariáveis que regeriam a humanidade e poderiam ser encobertas pela multiplicidade da experiência histórica. Assim sendo, é possível sinalizar que na transição do pensamento iluminista para o positivista houve uma reapropriação de ideias conservadoras, com intuito de equiparar os métodos das ciências naturais às sociais (LÜCK, 2013).

Como consequências do paradigma positivista temos: o campo de estudo de uma disciplina se constitui em diversos subconjuntos notoriamente limitados, que colocam em evidência um mesmo objeto; as diferentes disciplinas se sobrepõem e tratam os mesmos fatos com enfoques distintos contribuindo para formação de campos ambivalentes entre elas, bem como a maioria das disciplinas conceberam várias teorias sem manterem relações entre si, o que resultou no surgimento de teorias paralelas e contraditórias. Ademais, por meio da pulverização o paradigma positivista instituiu uma visão dicotômica da realidade (Ibidem).

Sob o enfoque das leis naturais, o positivismo compreende a produção de conhecimento a partir da observação empírica e defende a neutralidade do pesquisador como se fosse externo ao contexto em que atua. Desta forma, a teoria positivista não seria capaz de fornecer respostas aos problemas sociais que se apresentam nas suas diferentes formas. É, portanto, em decorrência do processo civilizatório e de humanização em curso que emergem novos conceitos, os quais não só representam como impulsionam esse movimento. Apesar de não ser recente, a interdisciplinaridade é um desses, que diante do ganho conceitual e da consciência da fragmentação no cotidiano se expressa atualmente (LÜCK, 2013, MINAYO, 1993; SOUZA FILHO, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

2.2 Bases do pensamento e da prática interdisciplinar

De acordo com Nunes (2002), a história da interdisciplinaridade pode ser contada a partir da Antiguidade Clássica grega, percorrendo a Idade Média, adentrando a modernidade e alcançando os dias em curso. Tem o intuito de unir conhecimentos que são

fragmentados em espaços disciplinares e especializados, na perspectiva de reconstrução e superação da fragmentação de maneira compartilhada.

George Gusdorf (1977. p. 627 apud NUNES, 2002. p. 250) ‘a exigência da interdisciplinaridade inscreve-se nos quadros do conhecimento a partir das origens do saber no ocidente’. Neste sentido, o programa de ensino no ideário grego confunde-se com a cultura, enquanto possibilidade de formar um ser integral, num programa enciclopédico e interdisciplinar. A Idade Média se dispôs a criar uma universidade para mestres e estudantes das disciplinas do conhecimento.

O desejo de unidade acompanhou a trajetória do progresso em direção à especialização. Nas primeiras décadas do século XVII, Francis Bacon formulou a utopia da unidade do saber; no século XVIII, sob direção de D’Alembert e Diderot ‘a visão racional de unidade na diversidade de saberes e práticas’ foi tema da Encyclopédie, retomada posteriormente no século XIX por Michelet em seu Discurs Sur l’unité de lá science. No entanto, o século XIX assinala na história do saber o surgimento da especialização (NUNES, 2002. p. 251).

O autor destaca o papel do positivismo e cientificismo na posição assumida pelo saber. Isso contribuiu para retrain as ideias interdisciplinares favorecendo uma estrutura universitária que promove a dissociação do saber. Vale assinalar que apesar de ter se iniciado na Europa, mais especificamente na França, com a separação das letras e das ciências, a ideia se espalhou pelo mundo. Nesta perspectiva, é possível sinalizar que a universidade, ao se estruturar em departamentos e disciplinas separadas, contribuiu de forma significativa para fragmentação do saber.

Por outro lado se inicia um movimento contra toda essa fragmentação do saber, bem como das múltiplas especialidades, contra dissociação entre universidade dividida e sociedade com problemas complexos e indissociáveis. Estudiosos como Georges Gusdorf, entre outros, apontam a importante contribuição dos movimentos estudantis frente a crescente fragmentação do saber, ao reivindicarem mudanças nas universidades europeias. Esse movimento ganhou visibilidade internacional a partir dos anos 1960 com a incorporação da temática nas discussões da UNESCO.

Este será um momento de alguns encaminhamentos que se adensam na década de 1970, caracterizado por muitos como de explicitação filosófica e que seria completado, na década seguinte, pelas questões epistemológicas e suas contradições, mas acrescido de uma discussão sociológica e, nos anos 1990 pela busca de uma nova epistemologia, num projeto que incorpora a vertente antropológica (NUNES, 2002. p. 251).

O debate acerca da interdisciplinaridade vem ocorrendo, portanto, em um movimento histórico de mudanças, a partir de um contexto mais amplo e complexo, que envolve não apenas a área da saúde, como também, educação, política, economia, tecnologia, etc. Neste sentido, para melhor compreensão acerca da interdisciplinaridade, faz-se necessária a existência de um pensamento mais abrangente, na busca pela superação da fragmentação no processo de produção e socialização do conhecimento, em um movimento de síntese de totalidade e/ou integração de saberes.

A temática envolve muitos aspectos, que ainda não foram solucionados, a exemplo da ausência de uma teoria da interdisciplinaridade, bem como o desenvolvimento de investigações mais precisas que assinalem como vem se efetivando o encontro interdisciplinar na história da ciência, ainda que, no campo do conhecimento exista um impasse entre a construção do projeto interdisciplinar e a crítica às suas possibilidades. O debate sobre interdisciplinaridade tem marcado presença tanto no âmbito da elaboração do conhecimento quanto das práticas sociais (NUNES, 2002).

O fenômeno interdisciplinar tem dupla origem: uma interna, tendo por característica essencial o remanejamento geral do sistema de ciências, que acompanha seu progresso e sua organização; outra externa, caracterizando-se pela mobilização cada vez mais extensa dos saberes convergentes em vistas da ação (JAPIASSU, 1976. p. 42-43).

A interdisciplinaridade é, portanto, um movimento que exige um novo posicionamento diante da prática profissional, que pode contribuir com a transformação social. O diálogo e a parceria se constituem elementos essenciais para que ela ocorra. A integração e organização das disciplinas num programa de estudos implicam em conhecer e relacionar conhecimentos parciais e específicos, conteúdos, métodos e teorias, com intuito de obter o conhecimento integral. No campo da saúde, a temática tem marcado presença, seja quando invocada, teorizada e/ou analisada.

Alguns pressupostos da integração tanto no modelo mais conservador, da interação biopsicossocial, como no modelo crítico da epidemiologia social, para compreender o processo saúde - doença, na interface do biológico/social, estão presentes já há algum tempo. Esta importância tem sido reavaliada tanto para criação de modelos pedagógicos, como discutida na construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais (NUNES, 1995. p. 96 apud NUNES, 2002. p. 252).

Desde os anos 1970 aos dias atuais há um projeto em curso que busca uma compreensão teórica acerca da interdisciplinaridade. Os teóricos que versam sobre a temática, Piaget (1972), Japiassu (1976), Minayo (1991), Da Matta (1993), Nunes (1995) e

Almeida Filho (1997) expressam preocupações conceituais e indicam a necessidade de uma sistematização mais rigorosa. Assim, elencam os seguintes pontos de reflexão: um deles se refere à variedade de termos que perpassam a interdisciplinaridade na busca por uma melhor compreensão acerca da interação e mesmo integração dos diferentes campos do saber, outro diz respeito à formulação do projeto interdisciplinar através de diferentes correntes teóricas (NUNES, 2002).

Devido à ausência de uma epistemologia interdisciplinar, estudiosos recorrem a diversas correntes filosóficas, biológicas e sociológicas na busca pela elaboração de sínteses interdisciplinares. Ocorreram várias tentativas, a começar pela lei geral dos sistemas formulada em 1940 por Ludwig Von Bertalanffy e a cibernética de Nóbort Wiener. Esses estudiosos buscavam alcançar um paradigma que vinculasse as funções dos sistemas em todos os níveis, físico, biológico e sociocultural cientificamente fundamentado. Mas, se depararam com a impossibilidade de manter inertes sistemas como o biológico e social (Idem).

Contudo, essa nova visão trouxe a ideia de holismo², que direciona de maneira geral os processos contrários aos que defendem os elementos estáticos dos sistemas. Desta forma contribui para compreensão e superação das visões unilaterais e reducionistas. Trata-se de uma nova ciência, que ultrapassa o âmbito científico e se volta para auto-organização reconhecendo que há uma interdependência sistêmica de todas as dinâmicas naturais no espaço e no tempo (Ibidem).

Na busca pela superação da fragmentação do conhecimento, Edgar Morin³, apesar de optar pelo uso de organização ao invés de sistema formulou a perspectiva sistêmica, que possibilita unir as partes em um todo, uma vez que julga impossível conhecer o todo sem conhecer as partes e vice-versa. De acordo com Nunes (2002), Morin chama atenção para necessidade de reformar o pensamento sem perder de vista as capacidades analíticas ou separatistas, que se vinculam a um pensamento que agrega. “O pensamento complexo é o que permite integrar e ele se elabora nos interstícios das disciplinas, a partir do pensamento dos matemáticos, físicos, biólogos, e filósofos” (NUNES, 2002, p.255).

Em decorrência das transformações ocorridas a partir do avanço tecnológico, que reflete direta ou indiretamente sobre as relações da sociedade, é possível sinalizar que o

² De acordo com Fagundes (2006), o Holismo traz uma proposta de vida integral.

³ Apesar de pertencer a uma corrente teórica diferente da que embasa o estudo em tela, optamos por trabalhar com o pensador francês que, ao longo de décadas, se dedicou à elaboração de bases para o que caracteriza como pensamento complexo, por entendermos que a complexidade dos dias atuais requer um pensamento contrário ao do paradigma clássico que tende a reduzir tudo.

pensamento simplificador, que separa, não é mais condizente com a realidade que o mundo atual nos apresenta. É preciso a construção de novas concepções no intuito de superarmos a visão disciplinar, que tem tendência a reduzir o todo em partes. A globalização requer uma visão ampliada, ou seja, capaz de abranger de maneira total os elementos que constitui o todo, pois à medida que a ciência e tecnologia foram avançando, a sociedade foi sendo transformada e os problemas sociais ficando cada vez mais complexos. (MORIN 2000, NUNES 2002).

Isso implica que a visão reducionista não dá conta de responder às demandas interdisciplinares, daí a necessidade de desenvolver uma visão ampliada, que possibilite entender os diversos aspectos que permeiam o contexto social e compreender a complexidade que envolve os fenômenos biológicos, sociais, políticos e econômicos e a interação entre eles.

Com intuito de entender a ciência e tecnologia, os deveres e fazeres, enquanto elementos que contribuem para o desenvolvimento humano é possível sinalizar que o pensamento de Morin apresenta novas alternativas para reflexão acerca da vida cotidiana na sociedade atual.

Complexus significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2003. p. 38).

Incapaz de responder às demandas de um ensino contextualizado, a abordagem disciplinar fragmentária encontra na interdisciplinaridade uma forma de pensar capaz de superar essa visão dicotomizada. A relevância social sobre a interdisciplinaridade e o processo de formação profissional nas mais diversas áreas do saber, bem como uma atuação profissional capaz de aliar teoria e prática reflete diretamente sobre o processo de trabalho, uma vez que, cotidianamente interagimos com diversas demandas sociais, as quais buscam respostas que leve em consideração a integralidade do sujeito. Para Morin (2000), na atualidade surge um novo paradigma, no qual o papel da ciência não consiste em afastar a desordem de suas teorias e sim estudá-las. Ao invés de eliminar a ideia de organização deve concebê-la e inseri-la, a fim de abranger disciplinas parciais.

A atuação interdisciplinar, enquanto metodologia de trabalho torna-se, assim, um elemento extremamente importante.

(...) a metodologia interdisciplinar em seu exercício requer como pressuposto uma atitude especial ante o conhecimento (...) parte de uma liberdade científica, alicerça-se no diálogo e na elaboração, funda-se no desejo de inovar, de criar, de ir além e exercitar-se na arte de pesquisar não objetivando apenas uma valorização tecnoprodutiva ou material, mas, sobretudo, possibilitando uma ascese humana, na qual se desenvolva a capacidade criativa de transformar a concreta realidade mundana e histórica numa aquisição maior de educação em seu sentido lato, humanizante e libertador do próprio sentido de ser-no-mundo." (FAZENDA, 1999, p. 11).

Atualmente a ciência vem nos apresentando à realidade em sua complexidade, que contribui para o exercício da criatividade humana, enquanto expressão singular de uma característica essencial e comum a todos os níveis de natureza. A disciplina deve ser aberta e fechada ao mesmo tempo para proporcionar o desenvolvimento de um conhecimento em movimento, que viabilize conhecer o todo e as partes, simultaneamente (MORIN, 2001).

A perspectiva habermasiana também contribuiu no campo teórico da interdisciplinaridade. Utilizada por Minayo (1991) indica que ao entendermos o conhecimento enquanto processo racional estruturado a partir da ciência perpassa o mundo vivido e a vida prática, propiciando uma abordagem interdisciplinar.

É importante reconhecer que, enquanto produto do desenvolvimento histórico as disciplinas se encontram em constante transformação e subjugadas a forças externas, entre elas, as condições políticas e socioeconômicas. Nesta sequência, o paradigma positivista orienta a apreensão da complexidade da realidade dos dias atuais sob uma visão limitada (LÜCK, 2013). Observa-se que esgotou a possibilidade de produção do conhecimento de maneira fragmentada, uma vez que separa o sujeito da realidade que cria e da representação que faz da mesma.

Na atual conjuntura, onde as inovações tecnológicas permeiam todas as relações sociais, se faz necessário rever a forma de pensar e atuar sobre uma realidade que é plural, complexa e se inscreve em redes e conexões contribuindo para ampliação da inserção do ser humano na sociedade. “O reconhecimento da realidade como complexidade organizada implica que se busque compreendê-la mediante estratégias dinâmicas e flexíveis de organização da diversidade percebida, de modo a se compreender as múltiplas interconexões nela existente” (LÜCK, 2013. p. 36).

Em decorrência da fragmentação, o elo da simplicidade foi quebrado e cedeu espaço para complexidade, que requer da humanidade não apenas uma formação polivalente, pois os problemas globais precisam de respostas comprometidas com uma formação direcionada para uma visão global e atitudes contínuas de aprender. É possível sinalizar que houve uma quebra de paradigma, ou seja, o paradigma cartesiano, cuja tendência é a fragmentação do

conhecimento perder espaço para teoria da complexidade, que busca compreender a sociedade dos dias atuais por meio da integração das partes com o todo e vice-versa.

Os saberes segmentados e compartimentados foram contextualizados e globalizados; as disciplinas se articularam de forma profícua. Devido ao desenvolvimento das ciências, as atividades sociais nos dias atuais requer uma visão mais ampla, superando as barreiras disciplinares. As realidades polidisciplinares, transversais, multidimensionais e globais são contrárias à segregação dos saberes por área de conhecimento (MORIN, 2000). Se faz necessário a utilização de um método de análise mais amplo, que não se limite ao reconhecimento do método e sim ao reconhecimento da relação método-conhecimento (LÜCK, 2013).

Com base na complexidade e intuito de alcançar uma visão global de mundo, a abordagem interdisciplinar busca compreender um todo através de sua relação com as partes e disciplinas que o constitui. Podemos dizer que a interdisciplinaridade se relaciona com a visão de mundo, pautada na relação entre o todo e as partes, e é entendida como a necessidade de integrar, articular, trabalhar em conjunto.

A interdisciplinaridade, portanto, propõe uma orientação para o estabelecimento da esquecida síntese dos conhecimentos, não apenas pela interligação de conhecimentos produzidos nos vários campos de estudo, de modo a ver a realidade globalmente, mas, sobretudo, pela associação dialética entre dimensões polares, como por exemplo, teoria e prática, ação e reflexão, generalização e especialização, ensino e avaliação, meios e fins, conteúdo e processo, indivíduo e sociedade etc. (LÜCK, 2013. p. 37).

A prática interdisciplinar não é oposta a disciplinar, pelo contrário, é complementar. Os desafios da complexidade são colocados em confronto conosco, como consequência do desenvolvimento global. No entanto, não devemos substituir o conhecimento das partes pelo todo, nem privilegiar a síntese, em prejuízo da análise. O importante é aprender a contextualizar e globalizar, ou seja, saber situar um conhecimento num conjunto organizado (MORIN, 2002, p. 56).

Perceber a transformação epistemológica em curso é perceber que lá, onde esperávamos encontrar o simples, está o complexo, o infinitamente complexo. Que quanto mais fina é a análise, maior a complexidade que se abre à nossa frente. E, portanto, que o todo não é a soma das partes. Esta é, penso eu, uma das chaves fundamentais para o entendimento desta questão. Colocado na ordem do dia pelos desenvolvimentos de diversas ciências (das matemáticas, ciências da natureza e ciências humanas), este simples enunciado – “o todo não é a soma das partes” – tem tido um impacto e uma influência extraordinária na nossa ciência e na nossa maneira de pensar a questão da

interdisciplinaridade.

É que, se o todo não é a soma das partes, a especialização tem que ser complementada, ou mesmo em alguns casos substituída, por uma compreensão interdisciplinar capaz de dar conta das configurações, dos arranjos, das perspectivas múltiplas que a ciência tem que convocar para o conhecimento mais aprofundado dos seus objetos de estudo. A especialização à medida que permite conhecer mais sobre determinada área do saber limita o contato com o todo e desconsidera as relações entre as partes.

Para Morin (1999), a partir do termo disciplinaridade, outras terminologias a exemplo da multidisciplinaridade interdisciplinaridade e transdisciplinaridade vêm sendo debatidas ultimamente. Entende-se por multidisciplinaridade a associação de disciplinas reunidas em torno de um objeto comum; interdisciplinaridade implica na troca de conhecimento, cooperação entre os profissionais, ao passo que a transdisciplinaridade ultrapassa as barreiras disciplinares.

Enquanto esfera construtiva do conhecimento, a disciplina criou a hiper-especialização. Embora inserida num grupo mais vasto, a disciplina propende à emancipação pela delimitação das fronteiras.

Assim, os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira (MORIN, 1999.p. 15).

De acordo com o autor não se pode isolar aquilo que desejamos conhecer, pois o desafio do conhecimento consiste tanto em conhecer o todo em que se encontra localizado, quanto às partes que o compõem. Portanto, a reflexão acerca da disciplina possibilita passarmos pela multidisciplinaridade, que de acordo com Calloni (2006), emerge da reflexão acerca da disciplina. Todavia, suas inter-relações não objetivam a produção de novo conhecimento. Aqui há diferentes olhares sobre um mesmo objeto, porém a troca de saber entre as disciplinas não se faz presente.

Como nosso modo de conhecimento desune os objetos entre si, precisamos conceber o que os une. Como ele isola os objetos de seu contexto natural e do conjunto do qual fazem parte, é uma necessidade cognitiva inserir um conhecimento particular em seu contexto e situá-lo em seu conjunto (MORIN, 1999.p. 24).

Neste sentido, toma-se a interdisciplinaridade como elemento que possibilita o diálogo entre as diversas áreas do saber. No âmbito epistemológico, o estudo acerca da

interdisciplinaridade considera o saber em seus aspectos de produção e socialização.

[...] do ponto de vista integrador, a interdisciplinaridade requer equilíbrio entre amplitude, profundidade e síntese. A amplitude assegura uma larga base de conhecimento e informação. A profundidade assegura o requisito disciplinar e/ou conhecimento e informação interdisciplinar para a tarefa a ser executada. A síntese assegura o processo integrador (JAPIASSU, 1976, p. 65-66).

As práticas interdisciplinares não ameaçam a dimensão disciplinar do conhecimento, que de acordo com Piaget (1970) se apresenta através de um processo inacabado, gerado por etapas sucessivas.

Quanto à necessidade de recuar à gênese, como indica o próprio termo “epistemologia genética”, convém dissipar desde logo um possível equívoco, que seria de certa gravidade se importasse em opor a gênese às outras fases da elaboração contínua dos conhecimentos. A grande lição contida no estudo da gênese ou das gêneses é, pelo contrário, mostrar que não existem jamais conhecimentos absolutos. [...] Afirmar a necessidade de recuar à gênese não significa de modo algum conceder um privilégio a tal ou qual fase considerada primeira, absolutamente falando: é, pelo contrário, lembrar a existência de uma construção indefinida e, sobretudo, insistir no fato de que, para compreender suas razões e seu mecanismo, é preciso conhecer todas as suas fases, ou, pelo menos, o máximo possível (PIAGET, 1970, p. 130).

A complexidade dos dias atuais exige análises mais integradas para compreensão dos fenômenos sociais, para tanto é preciso considerar todas as dimensões. Nesta conjuntura, a fragmentação do pensamento se apresenta enquanto um dos desafios contemporâneos e a interdisciplinaridade como elemento que possibilita ampliarmos a visão de mundo no propósito de superar a disciplinaridade. Com o advento das especializações, o esforço de integração da interdisciplinaridade tornou-se elemento indispensável na luta pela substituição do saber fragmentário por um unitário.

É na segunda metade do século XX, mais especificamente a partir da década de 1970, que a interdisciplinaridade começa a fazer parte das discussões nas ciências. Embasado na fragmentação do conhecimento, o modelo moderno de ciência abriu espaço para o debate acerca da interdisciplinaridade, enquanto integração das disciplinas.

A interdisciplinaridade pode surgir como esse conhecimento que se produz nas regiões em que as fronteiras se encontram e criam espaços de interseção, onde o eu e o outro, sem abrir mão de suas características e de sua diversidade, abrem-se disponíveis para a troca e para a transformação. Movimentos interdisciplinares acontecem a partir dessa postura de expansão de campos e de abertura de fronteiras que, ao serem transformadas, modificam também o interior dos territórios. Para que sejam criados esses espaços de encontros e de interseções entre as áreas do conhecimento, é necessária a construção de uma

atitude interdisciplinar, sem a qual não é possível esse movimento de aproximação e transformação que vai além das disciplinas (FURLANETTO, 2002, p.166).

A complexidade da realidade possibilitou o questionamento das fronteiras disciplinares, pois há objetos que desafiam um único olhar. Portanto, é preciso que as disciplinas percorram outras áreas do conhecimento, proporcionando a troca entre elas para que, ao retornarem ao seu estado de origem, contribuam com a construção de novas propostas de trabalho.

Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade não se limita a integração do conhecimento, uma vez que se encontra atrelada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade humana, entre eles, a confiança, capacidade de adaptação e aceitação de novos papéis. Os questionamentos que compreendem o projeto interdisciplinar dizem respeito à adequação das cooperações entre as disciplinas. A interdisciplinaridade é convidada a postular novos questionamentos sobre o conhecimento e a sociedade, para constatar o esforço de comparar e integrar os diversos tipos de saber.

Os campos disciplinares são formados por uma práxis e a produção do conhecimento científico se realiza numa complexa rede institucional operada por agentes históricos ligados diretamente ao contexto sociopolítico mais amplo, que interagem entre si na prática científica do dia a dia. No entanto, só podemos falar em interdisciplinaridade, a partir do momento que o diálogo gerar conexão recíproca dos conceitos entre as disciplinas, formando um novo conhecimento. Assim, há a união conceptual dos métodos e estruturas onde são exploradas e ampliadas as potencialidades das disciplinas. A interdisciplinaridade, por esse ângulo, é vista como resposta para complexidade que envolve a dinâmica dos dias atuais.

Apesar de ser compreendida também como uma comunicação que favorece o enriquecimento das disciplinas e discutida com frequência, a interdisciplinaridade é pouco explorada no âmbito da educação. O ensino fundamentado na interdisciplinaridade tem poder estruturador, uma vez que organiza os conceitos e procedimentos em volta de unidades mais completas onde múltiplas disciplinas se articulam. Logo, é possível sinalizar que a interdisciplinaridade é uma ideia que se aplica à produção do conhecimento, ciências e ao ensino, sobretudo na área de saúde.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE: história, redefinições de caminhos e de práticas

Entendemos que as reflexões acerca da política de saúde requer uma fundamentação ligada à Seguridade Social, compreendida como um espaço integrado de ações por parte da sociedade e setor público, que se destina a garantir os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Vale assinalar que, a seguridade social emerge do aprimoramento da própria civilização enquanto evolução da postura estatal sobre a população, num cenário onde os chamados riscos sociais, criados pela própria vida em sociedade, necessitam de resposta do Estado.

De acordo com Bravo (2009), a partir do processo de industrialização nos países centrais, a assistência à saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo Estado. Aliada a esse processo surge à medicina social em países como Alemanha e Inglaterra, e com o intuito de manter a ordem social, o Estado passou a mediar às relações entre as classes sociais. No caso brasileiro, as primeiras medidas de proteção social surgiram início do século XX, enquanto reflexo do contexto político e econômico. Como estratégia para incorporação dos trabalhadores ao projeto de industrialização e modernização do país, o Estado desenvolveu algumas políticas sociais. (BARBOSA; CARVALHO, 2010).

De acordo com Paim (2013), o aparecimento da classe operária no capitalismo industrial contribuiu para que a problemática da pobreza se expressasse enquanto luta de classe. Neste sentido, a criação do seguro social na Alemanha evidencia uma nova maneira de intervenção Estatal impulsionada tanto pela dinâmica das classes sociais, quanto pelos processos de industrialização e urbanização.

O Brasil foi trilhando novos caminhos com o crescente processo de industrialização, sendo que as primeiras décadas do século XX foram marcadas significativamente por um grupo de fatores que alteraram o rumo político-econômico e social do país.

Após as lutas do abolicionismo, a “questão social” emerge com a industrialização e urbanização. A resposta do Estado se faz, preliminarmente, via aparelhos repressivos tratando-a como “caso de polícia” e reprimindo, com violência, as greves operárias (PAIM, 2013. p. 1929).

Neste contexto, a saúde pública ganha destaque no discurso do poder. Na década de 1920, mais precisamente em 1923, a reforma Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento a saúde por parte do poder central:

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006. p. 3).

Vale assinalar que as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) foram direcionadas a atender apenas a parcela da população que tinha sua profissão regulamentada e possuía carteira de trabalho assinada, a exemplo dos trabalhadores ferroviários e marítimos. Observa-se que nesse período histórico as ações de saúde eram complementares aos benefícios previdenciários, bem como eram contributivas, de maneira direta ou indiretamente, pois só tinham acesso aos serviços de saúde os trabalhadores que contribuíam para a previdência social.

Na década de 1930, a questão social, em especial as de saúde, precisava transformar-se em questões políticas com intervenção estatal e criação de novos aparelhos que contemplassem os trabalhadores urbanos inseridos no mercado de trabalho formal, que em decorrência da nova dinâmica de acumulação eram vistos como importantes atores sociais. Neste período, Getúlio Vargas criou os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões, que contavam com o financiamento parcial do Estado.

A partir do Golpe de 1930, expande-se a Previdência Social diferenciada por categorias de trabalhadores urbanos. Enquanto o ditador Getúlio Vargas implantava os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) para aqueles vinculados ao mercado formal de trabalho, criava-se a Legião Brasileira de Assistência para os excluídos do mercado e da previdência (PAIM, 2013. p. 1929).

Frente ao novo modelo econômico, o Estado teve que se redesenhar para apoiar as demandas advindas desse momento, tanto por do capital, quanto dos trabalhadores. Sob a gestão do então presidente Getúlio Vargas o Estado passou a intervir de maneira focalizada no mundo do trabalho. No período compreendido entre 1945 e 1964 a área de saúde não conseguiu erradicar quadro de doenças infecciosas e parasitárias. A partir de 1950 foram montadas as estruturas de atendimento hospitalar do setor privado, com fins lucrativos. A organização médica vinculada aos interesses do capital pressionava o

Estado para financiar a produção privada e defendia a privatização da saúde. Todavia, até 1964 a assistência médica previdenciária era prestada pelos serviços próprios dos Institutos.

Promulgada em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) padronizou os serviços de saúde, e todos seus filiados teriam acesso independente do instituto em que estivessem. Em 1966, o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social e unificou todas as instituições previdenciárias. Isso representou para saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de serviços de saúde. (BARBOSA; CARVALHO, 2010).

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO, 2006. p. 6-7).

Após uma década, o bloco que estava no poder em 1964, devido a não consolidação da sua hegemonia foi modificando paulatinamente sua relação com a sociedade, com intuito de criar outras formas de mediação, que pudesse legitimar a dominação burguesa e suas consequências. De 1974 a 1979, a política social, visando confluir as reivindicações e pressões populares, objetivou maior efetividade frente à questão social. Segundo Carvalho e Barbosa (2010), mais precisamente em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tencionava a vinculação das ações de saúde entre si, bem como as demais políticas de proteção social.

Com o fortalecimento do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), os estrategistas da ditadura acionaram um casuísmo para extinguir o bipartidarismo que eles mesmos inventaram, estimulando a criação de novos partidos, como o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Nessa conjuntura teve início o movimento sanitário, defendendo a democratização da saúde, sendo criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), e formulada a proposta do SUS (PAIM, 2013. p. 1929).

Com a crise da ditadura militar e a forte mobilização dos movimentos populares e sindical em torno da redemocratização do país, surgiu o processo constituinte. Dos sujeitos políticos coletivos que tiveram significativa participação nesse processo, chama atenção os profissionais de saúde defendendo questões mais gerais, a exemplo da melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público.

A democratização do país coloca os movimentos sociais como protagonistas na arena política brasileira abrindo espaço para o debate sobre a saúde e possibilitando a transformação das questões de saúde em questões políticas. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em março de 1986 na cidade de Brasília é inegavelmente um marco, uma vez que inseriu a sociedade na arena de discussão. A participação de novos sujeitos sociais nas discussões, a respeito das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuiu para ampliação do debate. Diferente das conferências anteriores, na VIII Conferência a questão saúde ultrapassou a análise setorial envolvendo a sociedade como um todo e propondo não apenas o Sistema Único de Saúde (SUS), como também a Reforma Sanitária (BRAVO, 2011).

No Brasil, a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de *movimento*. Isso traz implicações importantes. Movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado. Sendo um processo em curso e sem final predeterminado, demarcar seu início também é tarefa complexa. Os estudos sobre o tema no mais das vezes datam o início do movimento em meados dos anos setenta, na criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde. É o caso do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - de 1976, e da ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - de 1979 (CONH, 1989. p. 124).

O processo constituinte transformou-se num espaço democrático de negociação ao longo de várias etapas culminando com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que representou no âmbito jurídico a promessa de afirmação e expansão dos direitos sociais. A análise da política de saúde nos anos 1980 traz a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais como elementos principais. Possibilitou ao Brasil avançar para um modelo de proteção social amplo, sob o princípio universalista por meio da criação do sistema de Seguridade Social, consequentemente do Sistema Único de Saúde (SUS).

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção (BRAVO, 2009. p. 11).

A CF/88 também conhecida como “Constituição Cidadã” foi o elemento fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado no campo da saúde pública. Enquanto política de Estado que amplia direitos sociais com intuito de assegurar

cidadania, o SUS é fruto de uma luta coletiva com o propósito de promover justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da sociedade. As ações e serviços de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 198 obedecendo ainda aos princípios de universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência, preservação de autonomia das pessoas, participação da comunidade, etc. O texto constitucional, embora não atenda todas as demandas apresentadas pelo Movimento Sanitário foi elaborado com base em suas proposições.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços a nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 2009, p. 12).

É pertinente destacar que a sociedade brasileira vivenciou o processo de democratização política simultaneamente a crise econômica. A Reforma Sanitária perdeu espaço no embate governante, bem como no seio dos aparelhos institucionais. Ao retroceder politicamente, a transição democrática reflete diretamente sobre os campos político e econômico da saúde.

A disputa com as forças conservadoras reunidas no chamado “centrão” foi intensificada na constituinte, embora a aprovação do capítulo da Seguridade Social sugerisse uma vitória momentânea daqueles que defendiam políticas universais, com destaque para a saúde. Com a nova Constituição a assistência social deixou de ser filantropia estatal, alcançando o estatuto de direito, embora para a cúpula governista os novos direitos sociais eram considerados inimigos da governabilidade (PAIM, 2013. p. 1931).

A busca pela transformação da saúde em direito de cidadania contribuiu para o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado. Esse passou a enfrentar velhos problemas, como a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária. Enquanto movimento político e social, a Reforma Sanitária é confundida com o processo de luta contra ditadura militar e abertura democrática. A nova forma de pensar a saúde, que compreendia a expansão da cobertura das ações e serviços, tem na Reforma Sanitária sua maior expressão.

A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um

processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009. p. 746).

Bravo (2009) aponta que as práticas em saúde vêm sendo alteradas a partir da relação Estado-Sociedade. Ainda conforme a autora, na década de 1980 a saúde atinge uma dimensão política deixando de enfatizar, sobretudo, ações programáticas como nas décadas anteriores. Merece destaque a RSB, movimento que teve como suporte intelectual, a construção de um saber militante calçado em grande marco teórico, reivindicando acesso aos serviços de saúde.

Movimento sanitário foi o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (SCOREL, 2012. p. 341).

Pensar políticas de saúde requer um esforço simultâneo na compreensão da relação que se estabelece entre o sujeito e o objeto de conhecimento, uma vez que a saúde consiste num campo de conhecimento da área das ciências humanas e não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas. Porém, não deixa de se caracterizar como um conhecimento igualmente científico (COHN, 2006). A complexidade que envolve as políticas de saúde pressupõe constante articulação com as dimensões econômicas, políticas e sociais da sociedade em que estamos inseridas.

De acordo com Cohn (2006), se faz necessário elucidar qual compreensão acerca de política, uma vez que estudos de natureza política pautam-se em duas dimensões essenciais que abrange o processo de formulação e implantação das políticas de saúde: as dimensões do poder e a da racionalidade, que envolve as propostas de organização, reorganização e escolha de prioridades diante das demandas de saúde da população, que está sob poder e responsabilidade do Estado. É, portanto, na dimensão política da sociedade que se realizam os processos de tomadas de decisão e imposição de determinadas diretrizes de ação e organização setorial por parte do Estado diante da sociedade.

Dessa forma, cabe ao Estado, locus por excelência do exercício do poder, gerir a sociedade de forma que preserve a segurança dos cidadãos, portanto a ordem, bem como as condições para que a sociedade se reproduza e se desenvolva de forma que sempre responda da maneira a mais adequada possível ao bem geral e ao interesse público. Em consequência, tem-se que, na esfera da política, o

exercício sempre presente é o da disputa, dentro de determinadas regras do jogo estabelecidas, acordadas socialmente, e reconhecidas pela sociedade como legítimas, entre interesses particulares de distintos grupos sociais para que sejam estes contemplados pelas decisões políticas, e assim impostos à sociedade; e ainda, que nesse processo se configurem como interesses gerais para a sociedade como um todo, portanto não como o interesse de um determinado grupo específico, mas como um bem público, respondendo ao interesse de todos (COHN, 2006. p. 222).

Assim, a política de saúde expressa as contradições estruturais intrínsecas à política social e sua inserção no modo de produção capitalista, bem como os processos históricos das sociedades. Vale assinalar que o processo de industrialização nos países centrais levou o Estado a assumir a assistência à saúde dos trabalhadores. Sob o pano de fundo de uma economia que estava em constante transformação, saindo de um Sistema Capitalista com base Liberal para o Capitalismo Monopolista inicia-se no século XIX um processo de modificações entre as práticas políticas e sociais das potências imperiais (BRAVO, 2009).

Constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública, o SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Ao longo dos anos foi possível identificar avanços como a descentralização e municipalização das ações e serviços, ampliação da atenção à saúde, entre outros. No entanto, os anos 1990 sob forte influência do receituário neoliberal e redirecionamento do papel do Estado repercutiu sobre a transformação do sistema de saúde expressa no texto constitucional. “No período de 1990-2002, foi desenvolvida uma contrarreforma liberal com o desmonte da Seguridade Social e implantado ajuste macroeconômico, por intermédio do Plano Real e da Reforma do Estado (PAIM, 2013. p. 1931)”.

O processo de construção do SUS e os direitos assegurados pela CF/88 propiciaram avanços em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudança no modelo de atenção à saúde e expansão dos serviços públicos. Todavia, é inegável que a política de saúde sofreu influência de distintos condicionantes e de projetos em disputa. A implantação de um sistema único de saúde no seio da sociedade capitalista de produção se deparou com diversos obstáculos. Desde os anos 1990, a predominância de políticas econômicas e agendas de reformas do Estado sob os ditames da hegemonia neoliberal, vêm contribuindo para redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2009).

O discurso e as ações de cunho neoliberal aliado à expansão do movimento de globalização resultam em mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais, que refletem tanto sobre a organização do trabalho, quanto nas condições de vida e saúde da população. A dimensão da formação profissional também sofre o mesmo impacto do processo de ajuste neoliberal, uma vez que passam a cobrar cada vez mais dos profissionais, sem que tenha sido pensada a construção de um projeto educacional que envolva a formação profissional e as necessidades sociais. Assim, o trabalho em saúde, apesar de ter suas especificidades que o impede de cumprir uma lógica rígida, pode se caracterizar pelas incertezas decorrentes das demandas sociais que adentram os diferentes serviços de saúde.

Aliado a divisão sócio-técnica do trabalho, o processo de especialização e compartimentalização do saber na formação acadêmica profissional, contribui para o desenvolvimento de uma visão reducionista e fragmentada do ser humano, tornando-se um desafio para a realização de práticas interdisciplinares, uma vez que a integralidade da assistência em saúde, prima por um conjunto articulado e contínuo de ações.

Conforme Nunes (2002), a institucionalização do conhecimento que orienta a formação profissional é marcada pela fragmentação. A partir da segunda metade do século XX, a ideia de determinação social do processo saúde-doença passa a ser incorporada de forma sistêmica na área da saúde e serviram de importantes referências conceituais para a compreensão da saúde como produção social. Desta forma, se inicia várias tentativas na busca pela construção de relações interdisciplinares, que são discutidas nacional e internacionalmente, a exemplo da medicina integral e social. Mas, é apenas a partir da década de 1980, diante da concepção e implementação de um sistema de saúde universal e integrado, que se fortalece a ideia e a necessidade de realização de práticas interdisciplinares em saúde. O âmbito da saúde tem sido favorável às formulações teóricas acerca da interdisciplinaridade (Ibidem).

“Embora, continue a existir sérios óbices a um projeto interdisciplinar não apenas de caráter epistemológico, mas institucionais, psicossociais e culturais estes não tem impedido o aparecimento de férteis iniciativas nesse campo, tanto teórico como de ação” (NUNES, 2002, p. 256).

Sabe-se que a área da saúde é muito complexa e, entendê-la no âmbito da coletividade, implica na correlação entre biológico e social, indivíduo e comunidade, política social e econômica. Portanto, para alcançarmos uma saúde em sua ampla determinação é preciso um esforço interdisciplinar que reflete diretamente na abertura

conceitual. A saúde e a doença no campo social envolvem simultaneamente as relações sociais, emocionais, afetivas e biológicas, as quais traduzem as condições sócio-históricas e culturais da população.

Entre os obstáculos para construção da proposta interdisciplinar no âmbito da saúde podemos considerar a influência da teoria positivista, a estrutura das instituições de ensino e pesquisas compostas por departamentos, que por vezes não dialogam entre si. O modelo atual de formação profissional nessa área contribui para a formação clínica com base nas ciências biomédicas deixando o social à margem.

Os problemas que caracterizam o panorama mundial, a exemplo do crescimento demográfico, a globalização e a acentuada divisão entre as classes sociais refletem a complexidade que envolve a sociedade atual. Ao analisarmos um fenômeno social é preciso considerá-lo em todas as dimensões. Para compreender a saúde no campo coletivo requer pensar a sociedade em sua totalidade, já que no campo social o processo saúde, doença e cuidado abrange o conjunto das relações sociais. Dessa forma, inscreve a saúde no âmbito do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e enquanto prática social.

Baseada no saber interdisciplinar e um fazer profissional intersetorial e guiada pelo o paradigma da produção social de saúde, temos uma nova forma de resposta social, a qual deve agir sobre os problemas dessa natureza. Tal mudança na área da saúde pode resultar em transformações no campo da educação, as quais evidenciam a transição da concepção tradicional para crítico-reflexivo, que visa à articulação entre teoria e prática.

Nestas circunstâncias, a interdisciplinaridade é colocada como elemento que pode contribuir com o desenvolvimento de um pensamento capaz de responder pela complexidade que caracteriza a contemporaneidade e os problemas de saúde. É preciso que ocorram mudanças no âmbito da formação profissional, pois o trabalho na área de saúde se torna ainda mais complexo, o que dificulta o compartilhamento de saberes entre os profissionais, dos quais requer o uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional.

O conhecimento interdisciplinar se apresenta como uma possibilidade de reorganização do saber para produção de um novo conhecimento, que ao se opor a fragmentação do ensino, vem conquistando cada vez mais espaço no cotidiano profissional, na busca pela totalidade. É preciso pensar a interdisciplinaridade a partir do pressuposto de que o conhecimento é algo inacabado, daí a necessidade de dialogar com

outras formas de saber.

A interdisciplinaridade se configura como possibilidade de efetivação do cuidado integral em saúde. Apesar das potencialidades, sua aplicabilidade enfrenta desafios no cotidiano profissional. Só é possível uma postura interdisciplinar crítica se houver uma relação dialógica entre o conhecimento e sua prática social. De acordo com Fazenda (2002), a interdisciplinaridade não é uma categoria de conhecimento, e sim da ação.

[...] necessitamos desenvolver uma atitude interdisciplinar frente às mais variadas situações e ações. Essa atitude é um ato de vontade, quando acontece o envolvimento humano, a troca de experiências e conhecimentos, enfim, um comprometimento com a competência no ato de ensinar. Podemos dizer que uma postura interdisciplinar conduz à busca da totalidade que nos leva a estudar, pesquisar e vivenciar um projeto interdisciplinar (FAZENDA. 2002. p.2).

Construídas no campo interprofissional por meio de um efetivo trabalho em equipe, as ações interdisciplinares contribuem para ampliação do cuidado em saúde, o qual deve ser organizado considerando as demandas advindas da população que busca estes serviços.

Sob os ditames do receituário neoliberal e reestruturação produtiva, se dá a reorganização dos processos de trabalho com o intuito de atender às exigências do mercado. A busca pela qualidade dos serviços prestados ganha destaque, e com isso a necessidade dos trabalhadores manterem relações interpessoais no sentido de cooperação. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe pode ser compreendido enquanto estratégia utilizada na promoção de serviços de qualidade.

As complexas interrelações que caracterizam a sociedade atual chamam atenção para necessidade do debate sobre o formato do processo de trabalho em saúde, bem como à problemática da formação profissional ante as mudanças ocorridas na sociedade, sobretudo na área da saúde com a incorporação do conceito ampliado, que compreende a determinação social do processo saúde, doença e cuidado.

3.1 Trabalho em equipe, formação profissional e interdisciplinaridade

O trabalho em equipe se expressa através da convivência compartilhada entre profissionais no mesmo espaço de atuação, como também na abordagem multiprofissional, sem que haja necessariamente a interdisciplinaridade. Os profissionais se deparam com o desafio de romper o paradigma tradicional calcado na fragmentação do conhecimento.

[...] diálogo entre os profissionais contempla a dimensão técnica, referida às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade da prestação de cuidados, e a dimensão ética, que não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais, que se espera respeitoso como cabe ser nas relações humanas, mas estende-se à preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja da mesma área de atuação, seja de outras (PEDUZZI, 1998, p. 9).

No trabalho em equipe, a flexibilidade da divisão do trabalho convive com as especificidades de cada área profissional.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Nos serviços de saúde coexistem duas tipologias de equipes, a equipe onde os profissionais visam articulação das ações e interação comunicativa, que compreende os trabalhadores enquanto interlocutores e não apenas como objetos de trabalho, essa é a equipe de integração. A segunda modalidade refere-se à equipe de agrupamento, que se expressa pela justaposição de ações e agrupamento de profissionais com pouca comunicação entre seus integrantes. No entanto, as diferenças técnicas e desigualdades de valor atribuídas ao trabalho, como também as tensões sobre as concepções e exercícios de autonomia técnica, se encontram presentes nas duas modalidades (Idem).

No âmbito da saúde o trabalho em equipe se expressa de maneira complexa, em meio a uma prática que historicamente se constitui por meio da centralização de poder e fragmentação do conhecimento. Neste contexto, a interdisciplinaridade se apresenta como possibilidade de transformação tanto no âmbito da formação profissional, quanto do trabalho.

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas (BRASIL, 2003. p. 4).

A formação acadêmica tradicional, ofertada pelos cursos de graduação baseados

em modelos flexnerianos, com um currículo desconectado das reais necessidades da população, influencia diretamente a atuação profissional, a qual pode apresentar deficiências em decorrência de currículos que não abre espaço para o trabalho em equipe, que propicie aos futuros profissionais a vivência de uma atuação conjunta no âmbito universitário.

Como mudar as relações de trabalho com um modelo de atenção que privilegia o biológico, a doença, a especialização, em que o maior avanço se limita a uma prática multiprofissional – a médica – fragmentada e que tende a desqualificar os outros saberes? Como, então, horizontalizar as relações de poder se estas estão imbricadas com o saber? A interdisciplinaridade, ao significar reciprocidade e mutualidade, exige relações sociais horizontais, diferente do posto no modelo assistencial de saúde tradicional, hegemônico. Significa ouvir/pensar o que o outro diz/pensa e conhece, e mais do que isso, implica trabalhar com o pensar do outro, introjetar novos/ outros conhecimentos, para a partir daí criar novas práticas, isto é, atuar de forma nova, criativa. Por isso, indica uma atitude diferente, pois exige trabalhar com uma visão de mundo, de totalidade. (Teixeira & Nunes, 2004, p. 125, grifos dos autores).

A ausência da integração e comunicação entre os profissionais pode ser oriunda da graduação, que estruturada no modelo flexneriano dificulta a integração entre as diferentes disciplinas do curso de saúde. Assim os profissionais se formam sem interagir com os demais, por falta de um espaço comum entre eles que possibilite a troca de conhecimentos, bem a realização de uma ação coordenada para alcançar um objetivo comum. Isso reflete na realidade dos serviços de saúde, onde geralmente o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos chamar de multiprofissional, por não haver integração entre os conhecimentos profissionais, uma vez que acaba sendo reproduzido o que aprendido na universidade.

A questão da multiprofissionalidade diz respeito a pelo menos duas dimensões do trabalho, separadas apenas para efeito de análise, uma vez que se inter-relacionam intrinsecamente na prática: a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde; e a dimensão subjetiva e simbólica da referida organização, que diz respeito aos sujeitos e à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador em particular e a cada categoria profissional, também em particular (PEDUZZI, 1998, p. 13).

O trabalho em equipe consiste na troca de experiências, podendo contribuir para valorização do trabalho do outro. Conforme Peduzzi (1998), o saber técnico na área da saúde operacionaliza as ações diferenciando social e tecnicamente, os trabalhos especializados, que se configuram numa determinada área como profissão, e se caracteriza através do domínio sobre um campo específico do conhecimento.

Nesta perspectiva, o SUS inova ao apresentar a proposta de realização dos atendimentos em saúde através de uma equipe multidisciplinar compreendida de maneira horizontal. Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), que ficou conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Por não se tratar apenas de um programa, pode ser considerado como estratégia para a transformação dos paradigmas da atenção à saúde, processo que iniciou em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que deslocou o foco do indivíduo para família e a comunidade. No PSF, o trabalho em equipe multiprofissional exige dos profissionais que atuam nas equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade. Essa equipe deveria atuar junto a uma população territorialmente determinada, com dedicação integral e ênfase na promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2000).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço (PEDUZZI, 1998, p. 230).

O trabalho em equipe multidisciplinar não necessariamente resulta numa atuação interdisciplinar. A multidisciplinaridade se expressa através de uma ação simultânea envolvendo várias disciplinas em torno de uma temática comum. Porém, de maneira fragmentada, pois a relação entre os conhecimentos disciplinares não é explorada, bem como não existe nenhum tipo de cooperação entre as disciplinas (JAPIASSU, 1976).

Enquanto estratégia, que visa contribuir para combater os problemas de saúde da população, o PSF, apesar de representar no âmbito primário uma melhoria na cobertura assistencial à saúde, não está isento às dificuldades que o trabalho interdisciplinar enfrenta no interior das equipes multiprofissionais. Essas podem estar relacionadas com diversos fatores, entre eles, a deficiência na formação acadêmica e profissional dos integrantes das equipes, e falta de perfil exigido para o exercício do atendimento integral. Em decorrência disso temos equipes multiprofissionais, desconectadas entre si, comprometendo a realização de práticas interdisciplinares.

Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de

investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001, p. 107).

Os profissionais que atuam nas equipes do ESF devem realizar seus trabalhos de maneira dinâmica, reavaliando sempre suas ações. O MS define que as equipes deverão conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco as quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno (BRASIL, 1998).

Ao optar por retirar a figura do médico do foco das ações de saúde no interior das equipes de PSF, o MS abre espaço para a ideia de uma atuação interdisciplinar, que se expressa também por meio do princípio da integralidade na saúde. Assim, cada indivíduo deve ser compreendido em sua totalidade contribuindo para valorização da soma de olhares de diferentes profissionais para um objeto comum. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe ocupa uma posição privilegiada na proposta do PSF, uma vez que leva ao rompimento da dinâmica dos serviços calcado no profissional médico. Dessa forma, é visto como alternativa para a realização de uma abordagem integral.

É possível sinalizar que o PSF expressa a necessidade de desconstrução e/ou reconstrução de práticas produzidas historicamente, bem como o rompimento do modelo hegemônico de saúde tem como pressuposto a transformação no âmbito da formação profissional, que é centrado numa lógica fragmentada e tecnicista.

Neste sentido, o ESF apresenta-se como um modelo substitutivo ao centrado no médico e hospital, baseado na atuação de forma multiprofissional e interdisciplinar, respeitando os limites de conhecimento e atuação de cada profissional. Para tanto, se faz necessário um processo permanente de capacitação profissional, que possibilite o aperfeiçoamento por meio da educação continuada. Assim, a formação dos profissionais que participam desse processo representa um entre os vários determinantes da direção tomada pelo programa.

Para atender às demandas apresentadas pelo dinamismo dos problemas, as ações educativas devem ser planejadas de acordo tanto com as peculiaridades locais e regionais, quanto com o uso dos recursos técnicos disponíveis e a busca da integração com as universidades e instituições de ensino (BRASIL, 1998).

A criação dos polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e de Pessoal em Saúde implica no reconhecimento por parte do MS que a mudança de paradigma de atenção à saúde é um desafio para formação acadêmica dos profissionais que integram as equipes do PSF (BRASIL, 2003).

O enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde exige das diferentes categorias profissionais uma atuação em conjunto, que possibilite a integração dos campos de conhecimento. No modelo multiprofissional tradicional, que focaliza o indivíduo e o compartimentaliza, os diferentes profissionais atuam simultaneamente de maneira isolada, o que reflete uma atenção fragmentada, que representa um grande desafio a ser superado.

Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo biomédico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar (MINAYO, 1991, p. 76).

Considerando que são diversos fatores que influenciam na consolidação da interdisciplinaridade, é preciso identificar se há relação entre trabalho em equipe e trabalho interdisciplinar. Discutir os conceitos acerca da interdisciplinaridade no âmbito da saúde é essencial para contribuir com as mudanças tanto na formação quanto atuação profissional.

[...] a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida (GOMES, 1999, p. 42).

A realização de um trabalho efetivamente interdisciplinar está relacionada ao reconhecimento de espaços de interação profissional. Portanto, faz-se necessário uma formação profissional generalista. Nesta perspectiva, o Ministério da Educação (MEC) visando diminuir essas deficiências na formação em saúde, apresentou em 2001 novas Diretrizes Curriculares para os cursos desta área.

A formação generalista pressupõe uma formação mais ampla, sem ênfase na especialização, podendo contribuir para modificação do perfil profissional dos

formandos, uma vez que, as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação tem por finalidade promover o ensino de modo a preparar os futuros profissionais para atuar em conjunto, dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

A partir do conhecimento do que cada profissional pode realizar para uma melhor atuação coletiva, a formação mais ampla contribuirá para uma maior integração entre os integrantes das equipes.

[...] O saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Essa visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença (GOMES, 1999, p. 39).

Nesta perspectiva será possível a formação de uma cultura de convivência mais geral, atuando e interagindo em equipe, com o propósito de transformar os padrões vigentes de atuação profissional sem desprezar as peculiaridades de cada profissão. No entanto, é preciso levar em consideração as condições objetivas, subjetivas, históricas e materiais para realização de uma prática interdisciplinar.

Ao considerar que “a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa” (JAPIASSU, 1976, p. 74-75) se faz necessário um diálogo cada vez mais recíproco entre as disciplinas. Neste sentido, temos a interdisciplinaridade enquanto pressuposto para realização de um trabalho coordenado e com objetivo comum, compartilhado entre diferentes áreas do saber, de maneira integrada. Consequentemente, relaciona-se com o conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, que norteia a atuação no PSF.

O MS estabelece a necessidade de uma equipe mínima para trabalhar no ESF, que deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Além dessas, outras categorias profissionais, a exemplo de dentistas, profissionais de nível médio da odontologia e outros de nível superior como psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais podem ser incorporados na equipe, de acordo com a demanda das características organizacionais dos serviços de saúde locais, de maneira a propiciar a realização de atividades em grupo

junto à população (BRASIL, 1998).

Vale assinalar que o trabalho na área da saúde encontra-se centrado no trabalho vivo e expressa-se pelo processo de produção de relações intercessoras (MERHY, 2002).

3.2 O trabalho em saúde é vivo e em ato

Diferentemente dos animais, o ser humano é dotado de inteligência, característica que lhe permite acumular conhecimentos ao longo de seu processo de desenvolvimento. Sabe-se que o ser humano não nasceu sabendo dominar instrumentos, fabricar objetos, etc, porém, para satisfazer suas necessidades de sobrevivência foi modificando a natureza, transformando a si mesmo e a sociedade.

Com base na teoria marxista utilizamos a categoria trabalho como dependente de determinada formação social.

O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona; Capítulo II – Referencial Teórico 19 regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (...). Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana (...), (o homem) não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho (MARX, 1975, p. 202).

Observa-se que o trabalho depende de uma construção prévia, bem se constitui mediação entre o ser pensante e a natureza e opera transformações requeridas por necessidades humanas. Nos termos de Nogueira (2011, p.118), “a própria condição biológica humana, enquanto constituinte da ontologia do ser social, tem como base e fundamento o trabalho humano”. Desta forma, as pessoas foram se constituindo como ser social e, especialmente, através do trabalho foi mantendo relações. Tais relações foram sendo aprimoradas por meio do mesmo. Isso contribuiu para a organização em sociedades.

O trabalho, ao longo do processo histórico, se apresenta de inúmeras formas, atendendo às necessidades de cada momento. No entanto, ele se mantém sempre como um momento de efetivação de relações sociais, visando a produção social e reprodução da humanidade. O que nos permite afirmar que o trabalho é um “pôr teleológico” do ser social, que o capacita como um ser consciente (NOGUEIRA, 2011, p.117 grifos da autora).

Cabe assinalar que há duas posições teleológica, primária e secundária; a primeira refere-se ao trabalho como fundante do ser social, bem como das relações sociais, e a segunda, a tudo que perpassa a dimensão do trabalho, a exemplo da educação, política, arte, cultura e Estado, entre outras. Trata-se, portanto, da dimensão do convencimento e/ou da cooperação coletiva. Neste sentido, o trabalho caracteriza-se enquanto objetivização da subjetivização através da teleologia. É, portanto, a partir do trabalho que o ser humano se promove enquanto ser social, diferenciando-se da natureza.

Portanto, o animal pode de certa forma, alterar a natureza somente pela sua presença; já o homem não só transforma a natureza de acordo com seus interesses, mas também, em grande medida, a domina. E essa acentuada diferença ocorre especificamente através do trabalho (Engels, 2004, p. 28).

É possível sinalizar que o trabalho se configura como atividade específica do indivíduo, a qual permite criar coisas, tornando-se central para sociabilidade humana. Logo, a sociedade não sobrevive sem ele, uma vez que por meio da sua autocriação, torna-se possível sua reprodução. Ao dar origem a uma nova objetividade, o trabalho realiza um pôr teleológico resultando num desenvolvimento permanente. Para Marx (1975), os processos sociais encontram no trabalho seu elemento fundamental, que é indispensável para compreensão das relações sociais de produção, bem como a compreensão do homem. A divisão sócio técnica do trabalho, característica do modo de produção capitalista, desde o final do século XIX sofreu significativa elaboração através de estudiosos da atividade humana. Organizada por diversas formas de controle e conformação do trabalho, a sistematização e separação entre concepção e execução comprometeu o caráter humanizador do trabalho (TAYLOR, 1990).

A divisão técnica do trabalho introduz, por um lado, os fracionamentos de um mesmo processo de trabalho originário do quais vários outros trabalhos parcelares derivam e, por outro lado, os aspectos de complementaridade objetiva e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção (PEDUZZI, 1998).

Quanto à divisão do trabalho, especificamente no setor saúde, cabe ressaltar que se dá de forma processual e complexa, pois cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares. Reflete, dessa maneira, não apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde que engendra subdivisões sistemáticas dos trabalhos, assim como parcelamentos das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez “mais manuais” que vão sendo delegados sucessivamente. Esse processo configura um amplo leque de

trabalhadores parciais e especializados, que abrange desde o médico e demais profissionais universitários ao pessoal auxiliar de nível médio, tanto na enfermagem como na área de apoio diagnóstico e terapêutico, até os trabalhadores empíricos, sem formação específica para o setor saúde e treinados em serviço. Não apenas a divisão técnica e pormenorizada de trabalhos é reproduzida nesse processo de divisão, mas a desigual valoração social desses trabalhos (PEDUZZI, 1998, p. 28).

As transformações ocorridas na sociedade refletiram sobre a organização do trabalho nos diversos setores, a exemplo das empresas, do sistema de ensino, enfim sobre todas as atividades sociais. Portanto, é possível sinalizar que os serviços de saúde apresentam características desta forma de organização.

[...] uma das principais particularidades do processo de divisão do trabalho em saúde decorre da maneira como vai se fragmentando sua dimensão intelectual — o saber técnico. A subdivisão em trabalhos parcelares “mais manuais” preserva para o trabalho original do qual derivam o núcleo “mais intelectual”. Porém, mantém para ambos, trabalhos parcelares derivados e trabalho original, momentos de caráter intelectual e manual, que diferem em quantidade e qualidade e também quanto a sua legitimidade social, visto que o controle dos momentos “mais intelectuais” garante o poder e o controle sobre os processos de trabalho realizados (PEDUZZI, 1998, p. 30).

O trabalho em saúde reflete um mundo dinâmico e complexo onde há diariamente o confronto entre “trabalho prescrito e trabalho real.”⁴ Partiremos do pressuposto que o processo de trabalho em saúde está condicionado à relação entre sujeitos. Logo, as ações em saúde não podem e/ou devem ser realizadas por um único trabalhador, pois a produção se realiza no espaço compartilhado com o usuário (MERHY, 2002).

O processo de trabalho não se limita apenas a capacidade de execução de procedimentos biomédicos, constitui-se num campo de criação do cuidado, sem perder de vista a realização de procedimentos técnicos pautados no saber científico. O cuidado em saúde envolve muito mais do que a realização de procedimentos. À medida que requer uma ampliação na promoção e defesa da vida, valorização das singularidades e autonomia dos sujeitos envolvidos na produção, o trabalho em saúde possibilita a compreensão do processo de trabalho enquanto campo favorável à construção de novos saberes através das relações entre a população e profissionais.

⁴ O Conceito de trabalho prescrito diz respeito ao que se espera no campo de trabalho específico com suas singularidades. Este conceito tem por base estudos feitos sobre situações reais de trabalho, que possibilitaram identificar o trabalho para além do que é planejado. Evidenciaram-se duas faces do trabalho, o prescrito (tarefa) e o real (atividade). Embora essas faces não sejam opostas precisam ser melhor compreendidas. Realizados por uma certa linha da ergonomia (originada nos países de língua francesa e denominada de ergonomia da atividade), esses estudos demonstraram a relevância de falar em compreender o trabalho e suas diversas faces, uma vez que se trata de algo complexo (BRITO, 2009).

Segundo Merhy (2009), os diferentes processos de trabalhos em geral têm por base o trabalho em ato e a utilização de trabalhos realizados anteriormente. Ambos se diferem de acordo com sua produção, uma vez que a produção de um produto específico requer técnicas e matérias-primas distintas, bem como maneiras diferentes na organização do trabalho e trabalhadores. O trabalho feito em ato é chamado de trabalho vivo em ato, e o trabalho feito antes, de trabalho morto.

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve; que necessidade satisfaz; que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas. Depende de quem está em cena, seu lugar social, seu lugar no processo produtivo, seus valores culturais, entre várias outras coisas. Por isso, advogamos que nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o ‘trabalho em saúde’ deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde [...] (MERHY, 2009. p. 281).

É possível sinalizar que as práticas em saúde devem primar pela produção social da vida com a compreensão de que as demandas expressas pelas ações de cuidado representam, seja individual ou coletivamente, as necessidades de saúde da população. É por meio do trabalho vivo que se dá o processo de produção na saúde, ou seja, a produção do cuidado ocorre através do trabalho humano. Contudo, é inegável que há uma constante interação entre trabalho vivo e morto, uma vez que o processo de trabalho na produção do cuidado requer dos profissionais, interações com instrumentos, normas e diversos tipos de tecnologias. As tecnologias são responsáveis pelos diferentes processos de trabalhos e a depender da maneira como elas atuam, tais processos podem ser caracterizados de duas maneiras: os mais criativos, que se referem aqueles baseados nas relações, e os menos, que ficam presos às máquinas (MERHY, 2009).

O ‘trabalho em saúde’ é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da ‘tecnologia leve’ do ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, expressa-se como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que ‘representa’, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do ‘trabalho em saúde’ (MERHY, 2009. p. 282).

Ao refletir sobre o trabalho em saúde, a partir da atuação médica, o autor elenca três níveis de tecnologias, e as subdivide em duras (instrumentos); leve-duras (saber técnico estruturado) e leves (relações entre sujeitos, que só tem materialidade em ato). Embora seja citado o exemplo do médico, tal reflexão serve para os diferentes profissionais que atuam na produção do cuidado, já que todos farão uso das mesmas tecnologias, porém cada um na sua especificidade, de acordo com a sua maneira de produzir o cuidado em saúde.

‘O trabalhador de saúde é sempre coletivo’: o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos (MERHY, 2009, p. 283).

Na gestão ou assistência à saúde, a pactuação do processo de trabalho pode ocorrer tanto por negociação, quanto a partir de conflitos e tensões. A definição do modelo tecnológico de produção da saúde é realizada através de disputas entre sujeitos que compactua entre si. O que se estabelece é, portanto, o produto que resulta dessa correlação de forças.

Neste sentido, o debate acerca do processo de trabalho torna-se imprescindível para apreensão da organização da assistência à saúde. Apesar do modelo médico-hegemônico direcionar o fluxo da assistência para o profissional de medicina, identifica-se nos demais profissionais envolvidos no processo, um potencial de trabalho que pode ser direcionado para os cuidados diretos com usuários, contribuindo assim para maior resolução a nível dos serviços. Isso implica na reestruturação dos processos de trabalho com ênfase no ‘trabalho vivo em ato’ e tecnologia leve como elementos indispensáveis na criação de uma nova conformação do modelo de assistência à saúde (MERHY, 2009).

Entendido como estratégia para reorientação do modelo assistencial, que tem a família como centro da atenção em saúde, o PSF sinaliza que em decorrência de um momento histórico-social, onde o modelo hospitalocêntrico não dar conta de atender as demandas advindas com as mudanças do mundo contemporâneo, é necessário buscar

novos modelos de assistência.

Com a criação do SUS, o modelo de atenção individualizada revelou-se inadequado para atender as demandas de saúde da população. A visão fragmentada do indivíduo, a partir da integralidade, como princípio doutrinário do SUS vai sendo substituída, ao menos teoricamente, por uma visão integral. O trabalho nas políticas de saúde passa a exigir dos profissionais uma atuação integral, que compreenda o indivíduo e comunidade como um todo que não deve ser fragmentado.

Diante dos problemas de saúde, a integralidade representa a negação da fragmentação, que precisa se consolidar por meio de ações interdisciplinares. Nesta perspectiva, o PSF, que evolui posteriormente para Estratégia Saúde da Família (ESF), se apresenta como modelo que reorganiza a atenção em saúde no país, contribuindo para reflexões e possíveis transformações no âmbito da formação profissional, uma vez que passa a exigir dos profissionais que atuem de forma integral, o que pressupõe a realização de práticas interdisciplinares. A integralidade é, portanto, a diretriz que mais confronta com o modelo hegemônico de assistência à saúde.

Universalidade, equidade e integralidade, princípios doutrinários do SUS, representam respectivamente a garantia de acesso a todos, senso de justiça social ao reconhecer as diferenças nas condições de vida, saúde e necessidades das pessoas, a partir da visão do indivíduo como um ser integrado. Para Peduzzi (1998), o trabalho em equipe e a integralidade das ações de saúde, propostas pela Reforma Sanitária brasileira tem sido incorporada pelas políticas de saúde.

A compreensão da integralidade permite ultrapassar a assistência curativa, na medida em que busca identificar os fatores de risco e atuar na prevenção. Ao expressar a necessidade de um olhar amplo sobre o indivíduo e suas demandas, a integralidade, princípio do SUS, confere uma crítica às ações de assistência à saúde realizada de forma desarticulada. Desta forma, o trabalho em equipe torna-se elemento indispensável para o atendimento integral. Apesar disso, essa é uma prática que deve ser iniciada no âmbito da formação profissional. A universidade, enquanto partícipe da produção do conhecimento, exerce papel essencial na discussão acerca da melhoria das condições de saúde da população.

Expressa na Lei 8080/90, a integralidade pressupõe uma articulação permanente da promoção e prevenção em saúde, através de serviços e ações oferecidos no âmbito individual e coletivo, respeitando a singularidade das demandas apresentadas e envolvendo todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990). Contudo, a organização do

trabalho em equipe, apesar de ser um conjunto de vários profissionais com diversos saberes, nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada (FRANCO; MERHY, 2007). Ou seja, a transformação da estrutura não determina a dinâmica dos processos do trabalho em saúde.

Mattos (2001) enfatiza: "profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos". A integralidade pode ser vista como uma bandeira de luta na busca das características almejadas do SUS. Diz respeito a um conjunto de valores que se relacionam com um ideal de uma sociedade mais justa, isto implica a recusa ao reducionismo.

A integralidade da atenção compreende a saúde como um processo de produção social influenciados por diferentes fatores, expressos num nível de qualidade de vida de uma determinada população (GIOVANELLA et al, 2002). Baseado em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a integralidade, princípio do SUS, se constitui um dos pilares da assistência à saúde. Ao considerar o contexto sócio-histórico em que o indivíduo se encontra inserido, a integralidade possibilita uma visão holística do sujeito.

O trabalho coletivo, de caráter interdisciplinar, se apresenta como meio potencializador capaz de contribuir para práticas educativas na produção do trabalho em saúde. Neste sentido, o ESF confere a real necessidade da realização de ações interdisciplinares conscientes, que contribuam para a ampliação e eficácia das práticas em saúde. Isso exige dos profissionais envolvidos, um esforço coletivo na busca por romper com o “conhecimento fragmentado pelas especializações disciplinares originadas no século XX”, que impossibilitam a compreensão do fenômeno em sua complexidade (MORIN, 2011. p. 37).

Conforme Morin (2000), a complexidade do saber e à ação é característica inerente ao ser humano, considerando a perspectiva biopsicossocial, e deve ser encarada em sua ambiguidade como geradora de pensamento articulador. Mesclam-se assim, as complexidades do humano, da apreensão do saber, própria do momento de mudanças profundas. A complexidade do objeto da saúde requer das várias áreas do conhecimento que atuam nas políticas de saúde, que reinventem suas práticas, essas não podem ser reduzidas à organização da atenção em determinado nível.

A Atenção Primária, por apresentar várias atividades, é vista como elemento integrador dos aspectos sociais, físicos e psicológicos, tornando-se responsável pela garantia do acesso nos demais níveis de complexidade. “Nesta concepção, de integralidade

preconiza-se para o atendimento às pessoas uma abordagem global/holística da saúde dos indivíduos em suas dimensões biológicas, psíquica e social” (GIOVANELLA et al, 2002, p. 44). Incorpora, portanto, a concepção ampliada de saúde, que envolve os condicionantes e determinantes do processo saúde - doença.

A concepção da produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação – por que passível de acumulação e desacumulação – permite a ruptura com a ideia de um setor de saúde isolado ou administrativamente definido. A saúde deixa de ser resultado de intervenção especializada e isolada sobre alguns fatores e passa a ser um produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Define-se então como campo do conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de práticas que exige a intersetorialidade (GIOVANELLA et al, 2002, p. 45).

Partindo do campo da especialização, a prática interdisciplinar se consolida na busca coletiva por caminhos comuns aos saberes envolvidos nos diversos processos do conhecimento. Assim, o trabalho em equipe é visto como elemento fortalecedor das mudanças desejadas. Japiassu (1976) afirma que, interdisciplinaridade pressupõe uma espécie de interação entre as disciplinas ou áreas do conhecimento, que pode ocorrer em diferentes níveis de complexidade. Em decorrência da imaterialidade a execução do trabalho em saúde apresenta uma singularidade, já que o cuidado, produto da ação, deve permear todo processo de trabalho.

Desta forma, o trabalho vivo é compreendido como elemento essencial, ou seja, a produção do cuidado está centrada no ser humano e tem como objetivo acolher as demandas de outro ser humano. Franco e Merhy (2007) assinalam que o trabalho vivo em ato é o que ocorre no momento em que ele se realiza no fazer imediato.

3.3 O trabalho em saúde é interdisciplinar

A trajetória sanitária no Brasil contribuiu de forma significativa para elaboração da política pública de saúde e, paralelo ao movimento sanitário, a Reforma Psiquiátrica representa uma ampla mudança no atendimento. Partindo, pois, do paradigma da Reforma Sanitária, é que identificamos o surgimento de novas práticas no âmbito da saúde. Isso implica na abertura de perspectivas para realização de trabalhos interdisciplinares.

Para Matos, Pires e Sousa (2010), no campo da saúde, a discussão acerca da

interdisciplinaridade tem aberto, nas últimas décadas, um amplo espaço de debates, tanto no que diz respeito à produção acadêmica quanto à prestação dos serviços na área. Tais autores afirmam que embora se fale incessantemente da interdisciplinaridade, muitas são as dificuldades de seu exercício na prática dos serviços de saúde.

Considerando que disciplina resulta na disciplinaridade, a qual de acordo com Japiassu (1976, p. 72) “significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo”, é possível assinalar que, disciplina representa um modo de delimitar e constituir um campo de trabalho, de reunir a pesquisa e as experiências dentro de determinado ponto de vista, e a interdisciplinaridade, um intercâmbio entre as disciplinas visando o alcance de um núcleo.

[...] conceito de "núcleo" mantém parte da tradição disciplinar, mas sugere que as disciplinas se abram - mão dupla - para um "campo" interdisciplinar. O campo seria, portanto, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, p.222).

É possível sinalizar que atualmente admite-se a inevitável existência de certa sobreposição de limites entre as disciplinas. O mesmo vem ocorrendo com os campos de prática. Ainda conforme o autor, a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo, como uma aglutinação de conhecimentos, que demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, já o campo indicaria sempre um espaço aberto mesmo quando submetido a conflitos internos e/ou externos.

A interdisciplinaridade pode ser entendida como estrutural, pois há uma reciprocidade, uma tendência horizontalizante das relações de poder e saber entre os campos profissionais. Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade se caracteriza “pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa”. Assim, o trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões.

A partir dessa definição, é possível deduzir que o propósito da interdisciplinaridade é a integração e cooperação entre as diferentes áreas das políticas sociais, apesar da presença marcante da fragmentação, focalização, entre outros elementos que caminham na contramão de uma abordagem integral do indivíduo em seu processo saúde-doença-cuidado. Julgamos necessário, para uma melhor análise e

resolução dos processos sociais, a construção de práticas interdisciplinares, tendo em vista uma maior compreensão do ser humano enquanto ser integral.

Diante do conteúdo exposto, o problema de pesquisa demonstrado no contexto descrito acima, tem desafio teórico de identificar e entender com respaldo histórico, as propriedades particulares do processo de construção do conhecimento interdisciplinar, que apresenta uma série de imprecisões e contradições. É, portanto, em meio às tensões do processo de trabalho cotidiano que encontramos novas formas de interações disciplinares. Isso contribui para os movimentos de ampliação do olhar para o cuidado em saúde, o qual se pauta por uma prática integradora e interdisciplinar que tem sido priorizada pelo Ministério da Saúde.

O processo saúde-doença-cuidado requer da equipe profissional um olhar ampliado para uma melhor compreensão. O trabalho com propósito integrador e interdisciplinar implica na necessidade de troca de saberes e práticas profissionais no dia a dia dos serviços de saúde, uma vez que esse campo está em constante movimento. A realidade é vista como plano de conciliação entre elementos heterogêneos, se fazendo necessária a construção de um processo de trabalho que possa romper com o isolamento disciplinar para construção de práticas e saberes interdisciplinares, evitando assim, a sobreposição de conhecimento das diferentes áreas.

Os saberes e práticas de saúde passam a se fazer presentes na produção do cuidado à saúde pelos seus trabalhadores. Assim, a prática da atenção em saúde ocorre quando o profissional reconhece como objeto de trabalho, o sujeito, enquanto ser singular. Neste sentido, a relação sujeito-profissional e sujeito-paciente acontece de acordo com um horizonte de possibilidades, considerando o sujeito, historicamente constituído.

A necessidade de ampliarmos os instrumentos ou meios de trabalho para melhor compreendermos o processo saúde-doença-cuidado, torna-se indispensável, bem como a criação de dispositivos para expressar novos sentidos e significados acerca do que se faz, como se faz, para quem se faz, com o intuito de contribuir com a construção da intersubjetividade, entre os sujeitos envolvidos. A organização do cuidado em saúde e compreensão do processo saúde-doença-cuidado deve estar arrolada pela interação de saberes e articulação de práticas. Trata-se de uma metodologia de construções e desconstruções com poder para ampliar os horizontes do trabalho profissional.

O trabalho em saúde tem uma característica que foi definida desde Aristóteles, que é a práxis. Isso reflete diretamente sobre a possibilidade de automatizar, mecanizar, padronizar e protocolizá-lo, pois as diferentes ações, clínica, terapêutica, de reabilitação

e promoção relacionam-se de maneira diferente com a técnica, como também com o padrão.

[...] Há necessidade do profissional de saúde ter se apropriado da técnica, dessas habilidades, dessas competências, mas em situação, em ato. Quando nós estamos atendendo, quando nós estamos em contato com o usuário, há sempre a necessidade de criação de algo que vá além, algo diferente da técnica, algo diferente do protocolo. E isso se deve a complexidade do processo saúde doença. Há muitos fatores envolvidos – sociais, subjetivos, orgânicos; vários fatores orgânicos, vários sociais... [...] (CAMPOS, 2014, p. 1146).

Observa-se que o trabalho em saúde não pode limitar-se apenas a análise das condições biológicas, pois os fatores sociais, subjetivos, orgânicos, etc., interferem diretamente no processo saúde, doença e cuidado. Por mais que os usuários apresentem o mesmo diagnóstico, a exemplo da hipertensão, esses terão em comum a técnica no manejo com a doença, porém cada um requer um diagnóstico situacional no qual o usuário encontra-se inserido. Isso é a práxis.

As estratégias de gestão em saúde, no mundo inteiro, mesmo nos sistemas nacionais de saúde, na saúde pública, foram muito influenciadas pelo taylorismo, que em nome da ciência, em nome do conhecimento padroniza e transforma o trabalho em linhas de produção, reduzindo o profissional trabalhador em saúde ao repetidor de diretrizes, de protocolos. Ainda que seja o paradigma dominante de gestão, esta tradição nunca conseguiu se impor completamente na saúde. [...] (CAMPOS, 2014, p. 1146).

O SUS traz a ideia de gestão participativa, controle social, mas construiu e implantou suas políticas e ações com ênfase nas técnicas, que precisam ser reconstruídas e/ou adaptadas de acordo com o contexto situacional (ibidem). Ao analisar o trabalho em saúde, o autor aponta o apoio como um conjunto de metodologias desenvolvidas para viabilizar a cogestão, a gestão participativa diversificada, com um referencial teórico, referencial da cogestão, da saúde do SUS e dos sistemas públicos. A metodologia de apoio visa à mudança, mas não de forma autoritária, advinda apenas de fora, uma vez que entende a necessidade de valorização da experiência e conhecimento do usuário, dos trabalhadores e do contexto. Esse conjunto de metodologias é uma maneira de fazer a práxis e gerenciar a mudança. Dentre os vários conceitos, destaca-se o de valorizar a demanda de quem está recebendo a oferta, independente de ser usuário ou trabalhador. Enquanto metodologia de construir combinações, contratos, combinados, o apoio objetiva radicalizar para o cotidiano a metodologia da democracia.

Inspirada em Antônio Gramsci, a ideia de apoio tem como ponto crucial a

metodologia para lidar com as relações de poder no dia a dia e na gestão, um conceito ampliado da política, bem como a ideia de que o trabalho em saúde e na gestão é perpassado o tempo todo pelo poder.

Há, no apoio, uma dimensão de metodologia política, que diz respeito às formas como os sujeitos resistem, como fazem alianças, como é possível mudar relações de poder, como a gente democratiza o poder... Então, trazer esta dimensão para a clínica, para o serviço de saúde, não só nas cúpulas, não só no nível central, não só nas conferências. O apoio, além da política, traz o tema da subjetividade, do afeto, das emoções. O SUS não muda sem as mudanças dos trabalhadores, dos usuários... Não adianta mudar as leis e as estruturas sem mudar as pessoas. Claro, é preciso relativizar esta afirmação, pois é provável que com ou sem apoio, um pouco, sempre ocorra mudança nas pessoas. O apoio busca ampliar a capacidade de reflexão e de intervenção das pessoas (CAMPOS, 2014. p. 1147).

Na dimensão do apoio devemos entender de saúde, risco, vulnerabilidade, enfim, do processo saúde-enfermidade e das estratégias para proteção, promoção e reabilitação. O apoio propõe trazer para a gestão a discussão do modelo, de boas práticas, de diretrizes, de linhas de cuidado e também trazer – da psicologia e da psicanálise – o tema da subjetividade, das relações de afeto, trazer a cultura da política. Para tanto, o apoio depende do estabelecimento de relações humanas de sociabilidade, de intersociabilidade e construção de espaços em que as pessoas pensem e decidam é imprescindível para o apoio (ibidem).

O espaço de cogestão é um espaço em que também se aprende – ele tem uma dimensão que é pedagógica, outra subjetiva e ainda outra política. Parte do pressuposto de que a gente precisa agir sobre o mundo e que, para isto, precisa decidir em coletivo, em grupos, em equipes. Então, um dos desafios da cogestão é a constituição de espaços coletivos (CAMPOS, 2014, p. 1147).

Mais do que um agir comunicativo, o apoio pode contribuir para deliberação, ação, criação de acordo comum para intervenção sobre um caso, modelo, funcionamento da unidade, bem como relação com outros serviços.

O SUS traz a ideia de controle social e a inclusão dos usuários e dos trabalhadores de saúde na gestão, o que representa uma importante novidade em relação a outros sistemas nacionais de saúde. Por isso, em certa medida, há um ambiente favorável para desenvolver estes processos de apoio, de participação, de radicalização da democracia. O problema é que apesar do SUS ter esta diretriz, a cultura hegemônica do Brasil e, no mundo, é taylorista, é neotaylorista, é gerencialista. Hoje em dia, a gestão está baseada na avaliação de metas; é trazer o mercado, a lógica da competição, da seleção do mais apto (CAMPOS, 2014. p. 1147).

Na atualidade, a influência taylorista ainda reflete sobre as ações em saúde. Para

Bravo (2009), embora o SUS tenha conseguido avanços significativos nas últimas décadas, apresenta grande fragilidade na sua forma de cuidar, uma vez que no interior das equipes ainda são ofertadas práticas com base na abordagem biologicista, o que impede o modelo de romper com a lógica tradicional, a qual não tem a família, e o contexto social enquanto base para o cuidado em saúde. Isso reflete diretamente na atuação profissional, dificultando a realização do trabalho interdisciplinar. Diante dessa conjuntura, o processo de formação profissional se torna elemento indispensável para oferta de trabalho interdisciplinar.

A abordagem das disciplinas de maneira fragmentada inviabiliza o alcance de uma visão ampliada e reflete diretamente sobre a capacidade de trabalhar em equipe, consequentemente no processo de saúde-doença-cuidado, o qual necessita tanto de uma abordagem interdisciplinar quanto de intervenções interprofissionais, tamanha sua complexidade.

A formação dos profissionais da saúde deve ser orientada sob a direção de um trabalho interprofissional primando pela integralidade concomitante com uma formação técnico-científica. O compartilhamento das experiências de aprendizagem, entre as diferentes categorias profissionais, concorre tanto para ampliação do conhecimento, quanto das práticas no âmbito da saúde, o que torna indispensável à criação de propostas alternativas ao modelo de formação tradicional, pois as ações que integram o trabalho neste campo ultrapassam a área das especializações.

Compreendendo o processo de produção de conhecimento como elemento inserido no movimento histórico da sociedade, é possível sinalizar que a industrialização contribuiu de maneira significativa para a formação das diversas disciplinas, consequentemente às especializações, bem como refletiu sobre o âmbito da saúde. A complexidade do processo saúde-doença-cuidado requer análises e ações integradas, que considerem o sujeito em sua totalidade, contrariando a fragmentação proposta pela era moderna, que perpassa o cotidiano profissional nos diferentes setores da sociedade.

O trabalho em equipe tornou-se um fio condutor para o processo de construção de novas práticas em saúde. De acordo com documento do Ministério da Saúde:

A equipe é um tecido de relações: presente e passadas, de poderes e saberes, de classes sociais e afetos. Relações entre diferentes trabalhadores permeadas pelas relações entre os trabalhadores e os usuários. São pessoas com formações diferentes, saberes diferentes, práticas diferentes, histórias diferentes que se encontram/desencontram para produzir um trabalho: cuidar de pessoas com necessidades de saúde, gerenciar serviços e sistemas de saúde, formular projetos de promoção de vida (BRASIL, 2005, p. 99).

Enquanto tradução do trabalho coletivo, que se realiza através da interação entre os diferentes profissionais, o trabalho em equipe requer dos trabalhadores envolvidos maior articulação. Dessa forma, é possível sinalizar que a equipe se constitui num espaço de interação, propício ao desenvolvimento das relações profissionais, consequentemente das práticas e ações em saúde. Com base nas premissas do Ministério da Saúde:

Os profissionais da equipe de saúde devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com outras áreas, a fim de que a concepção de saúde não fique centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2004, p. 9).

A presença de um novo elemento que pode contribuir para o fortalecimento do trabalho em equipe, a interprofissionalidade visa à integração e cooperação interprofissional, tendo como foco o atendimento das necessidades de saúde da população.

A Interprofissionalidade é um termo usado para definir a atuação conjunta de diversos profissionais dentro de suas áreas de competência individual interagindo nas áreas comuns, onde todos tenham um conhecimento independente de sua especialidade, e visando como bem final a melhoria da condição integral da saúde do homem. (AMATUZZI 2006, p. 109 apud ELLERY, 2014, p. 37).

Assim, interdisciplinaridade se inter-relaciona com interprofissionalidade, numa relação de complementaridade, mesmo estando em campos díspares. Conforme Peduzzi et al. (2013), embora a interprofissionalidade represente uma estratégia para facilitar o enfrentamento à crise do conhecimento e das ciências, sobretudo no que se refere a sua fragmentação, há distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, estando a primeira no campo das disciplinas ciências ou áreas do conhecimento, e a segunda na esfera da prática profissional onde se realiza o trabalho em equipe.

Com efeito, a prática interdisciplinar não se processa só pela alocação de diferentes profissionais em um único local de trabalho. Ela está vinculada, antes de tudo, à responsabilidade individual que advém do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição. Ações interdisciplinares ocorrem quando as disciplinas se integram e interagem entre si.

A interdisciplinaridade, enquanto elemento facilitador para reconstrução da prática profissional no processo de trabalho em saúde se traduz por meio da diretriz da

integralidade prevista pelo SUS, bem como o conceito ampliado de saúde. Ambos sinalizam a necessidade de ações integradas no ato de cuidar. A interação entre profissionais e usuários, como prevista na política de gestão do SUS, nos remete a uma abordagem interdisciplinar, isso implica em dizer que o trabalho em saúde deve ser interdisciplinar. A complexidade do processo saúde-doença necessita de ações complementares, que possibilitem a superação da fragmentação do conhecimento. Assim, a construção da interdisciplinaridade na saúde pode ser entendida como um processo contínuo.

Refletir sobre a interdisciplinaridade é orientar-se por um conceito em construção no âmbito das ciências. Fazenda (2012) visa instituir uma genealogia sobre o que já foi debatido acerca do tema e apresenta a seguinte conclusão “[...] é impossível à construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade, mas é necessária a busca ou o desvelamento do percurso teórico pessoal de cada pesquisador que se aventurou a tratar as questões desse tema” (FAZENDA, 2012, p. 13).

Portanto, é possível sinalizar que a consolidação de práticas interdisciplinares tem como pré-requisito a democratização das relações de poder no interior das equipes profissionais, identificando dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados sobre um objeto comum. Na sociedade contemporânea, o debate sobre a interdisciplinaridade incide também na maneira de pensar e agir ante o prisma individual e coletivo.

4 INTERDISCIPLINARIDADE NO SERVIÇO SOCIAL

A prática do Assistente Social baseia-se nos fundamentos histórico-teóricos das expressões da questão social, a partir da compreensão da totalidade social e do próprio entendimento da essência da sociedade burguesa e da luta de classes. “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado.” (CARVALHO e IAMAMOTO, 2008, p. 77).

A compreensão das diferentes determinações da sociedade burguesa, em sua constituição e na atualidade, como também das contradições que permeiam as políticas sociais elaboradas pelo Estado capitalista requer uma formação acadêmica embasada pela teoria social crítica, que possibilita a formação de profissionais críticos. Neste

sentido, “o Serviço Social se particulariza nas relações sociais de produção e reprodução da vida social como uma profissão interventiva no âmbito da questão social, expressa pelas contradições do desenvolvimento do capitalismo monopolista” (NETTO, 2006. p. 151).

Na agenda contemporânea do Serviço Social brasileiro, a “questão social” é ponto saliente, incontornável e praticamente consensual [...] a continuidade do processo de renovação profissional exigiu uma atualização da formação acadêmica que, muito corretamente, está ancorando o projeto formativo na intervenção sobre a ‘questão social’(NETTO, 2006. p. 151).

A essência das expressões da questão social encontra-se na contradição capital/trabalho que fundamenta a sociedade burguesa. Para Montañó e Durigueto (2011), a classe social enquanto categoria propriamente dialética expressa uma dimensão estrutural que determina sua formação e simultaneamente contém contradições e maneiras de enfrentamento que marcam seu movimento.

Com intuito de aumentar o poder de: regulação sobre a sociedade; suavizar as tensões sociais; legitimar seu poder e servir como mecanismo de acumulação de capital; caracterizar o crescente papel interventivo do Estado e tomar para si o controle previdenciário dos trabalhadores, a máquina estatal modernizou e burocratizou a política assistencial. Para assumir as características capitalistas na área da saúde nesse período, havia a imposição da medicalização da vida social e também a incorporação das tecnologias desenvolvidas. Neste contexto, mais especificamente a partir de 1975, que o assistente social passa a atuar na área da Saúde, em Centros de Saúde (BRAVO, 2006).

Em 1980, a saúde passa a ser de interesse de profissionais de outras áreas assumindo uma dimensão política e agregando o movimento sanitário, os partidos políticos e os movimentos sociais urbanos (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009). Nessa época cria-se o SUS, que amplia a concepção acerca de saúde contribuindo para o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar nesta área.

A partir da Resolução nº 218 de 06/03/1997 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais da saúde. Regulamentado pela Lei nº 8.662/93 (BRASIL, 1993), pelo Código de Ética do Assistente Social e instituído através da Resolução CFESS nº 273/93 a atuação profissional encontra no Código de Ética, ferramentas para o trabalho do assistente social, no que se refere à prestação de serviços diretos à população usuária, ao planejamento e à assessoria,

também, na área da Saúde, por ser uma importante área de atuação do assistente social. Na busca por garantir os recursos financeiros, materiais e humanos necessários ao enfrentamento da doença, o assistente social deve voltar sua prática para a defesa e o reconhecimento dos direitos da população.

A inserção do profissional de Serviço Social no âmbito da saúde, para operacionalizar demandas e produzir serviços à população, é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão, de maneira interventiva e propositiva, frente às demandas que refletem as múltiplas formas de manifestações da questão social. A possibilidade de um trabalho interdisciplinar dentro da equipe requer dos demais profissionais o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, que por vezes se expressam nas expressões da questão social. “A questão social, se é objeto de preocupação e de ação dos assistentes sociais, não é objeto exclusivo de sua responsabilidade” (VASCONCELOS, 2012, p. 435).

CFESS (2008), com maior atenção nas questões socioeducativas, concebendo o ser humano dentro de seu contexto individual e coletivo através da realização de ações que viabilizam o atendimento integral à saúde, a atuação profissional do assistente social se dá por meio do planejamento e execução de políticas específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população.

Atualmente ocorre uma ampliação de demandas, entre elas, a atuação do assistente social em equipes interprofissionais, desenvolvendo atividades na abordagem direta da população que procura as instituições através de programas e de serviços sociais (IAMAMOTO, 1988).

O reconhecimento da dimensão social da saúde ampliou o espaço de atuação do assistente social e contribuiu para “a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 223).

No serviço social a multidisciplinaridade, geralmente, é muito vivenciada, devido à demanda das Instituições por esta modalidade de atendimento, fato que implica superposição dos conhecimentos de diversas áreas. Não podemos negar que ela representa um passo em relação ao trabalho interdisciplinar, mas nunca na direção de uma alternativa de oportunizar uma inter-relação ou troca entre os profissionais que possa trazer respostas para decifrar a “questão social” a partir de uma consciência humanitária, que se funde na integração entre a vida, a conduta e o conhecimento neste campo do trabalho (CAVALCANTE; REIS; LIRA, 2011, p. 5).

O SUS abriu muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais,

bem como na gestão e planejamento da política, onde o Assistente Social pode desenvolver ações comuns a outras profissões, neste contexto há:

[...] profissionais que disputam papéis e tarefas com os assistentes sociais, pondo em xeque a legitimidade anteriormente conquistada [...]. É claro que os conflitos de atribuições aí localizáveis [...] não podem ser equacionados a base de regulações formais ou reivindicações corporativas [...], eles só podem ser enfrentados positivamente com novas competências sociopolíticas e teórico-instrumentais (NETTO, 1998, p. 109).

O reconhecimento e/ou valorização do assistente social pela equipe nos diferentes serviços de saúde depende do entendimento da equipe e do próprio assistente social sobre seu trabalho profissional, de como se estruturam as relações entre os profissionais da equipe, como também da coordenação/gestão em que está inserido. Os assistentes sociais devem “sinalizar os determinantes sociais e estabelecer relações e conexões necessárias entre as diferentes especialidades e a questão social” (VASCONCELOS, 2012, p. 435).

Tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde e os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, o desenvolvimento de uma atuação competente e crítica nesta área requer a necessária atividade em equipe. “difícilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONCELOS, 2012, p. 443).

A complexidade da questão social com a qual os profissionais lidam cotidianamente demanda diálogo, cooperação... e constituem possibilidades de alianças com outras áreas do conhecimento na realização do trabalho em equipe, a partir de uma visão mais ampla no que se refere à efetivação do acesso ao direito, como cidadania e não apenas quanto a execução dos serviços prestados (CAVALCANTE; REIS; LIRA, 2011, p. 7).

Na busca pela compreensão das particularidades da questão social, numa visão integral, sem perder de vista as nuances da vida dos sujeitos, o Código de Ética prevê que o assistente social não só deve atuar de forma interdisciplinar, como também incentivar a realização dessas práticas (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012). “A interdisciplinaridade entendida aqui passa pela visão do enriquecimento mútuo com tendências a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto” (VASCONCELOS, 2000, p. 47).

Na busca pelo atendimento integral à saúde, a atuação profissional do assistente

social auxilia a equipe na identificação das necessidades e condições sociais em que os sujeitos se encontram inseridos, a fim de decifrar aspectos para além do diagnóstico clínico. De acordo com o CFESS (2009), o Serviço Social na instituição aglutina, organiza, dá visibilidade e politiza o espaço público, contribuindo para a ampliação e universalização dos direitos. É, portanto, embasada no Projeto Ético-Político da profissão e sua articulação com os princípios do SUS, que o Assistente Social realiza sua prática profissional no âmbito saúde.

A atuação profissional do Assistente Social exerce papel essencial na construção da integralidade em saúde e pode ser entendida como elemento que possibilita a consolidação dos princípios da universalidade e equidade no que concerne aos direitos sociais. Enquanto, princípio, a integralidade expressa diversos sentidos: a abordagem individual considerando o indivíduo em seu contexto histórico, social, político e econômico; a organização de práticas integradas de saúde, que envolva promoção, prevenção, cura e reabilitação. Visando a garantia de acesso em todos os níveis de atenção à saúde, bem como responder às necessidades de saúde da população e não apenas a um determinado problema (PINHEIRO; MATOS, 2001).

A realização de uma prática interdisciplinar efetiva requer do assistente social uma visão ampla e comprometida com uma leitura da realidade. A complexidade que envolve a realidade expressa por meio das demandas de saúde da população precisa ser pensada a luz de uma perspectiva de totalidade.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

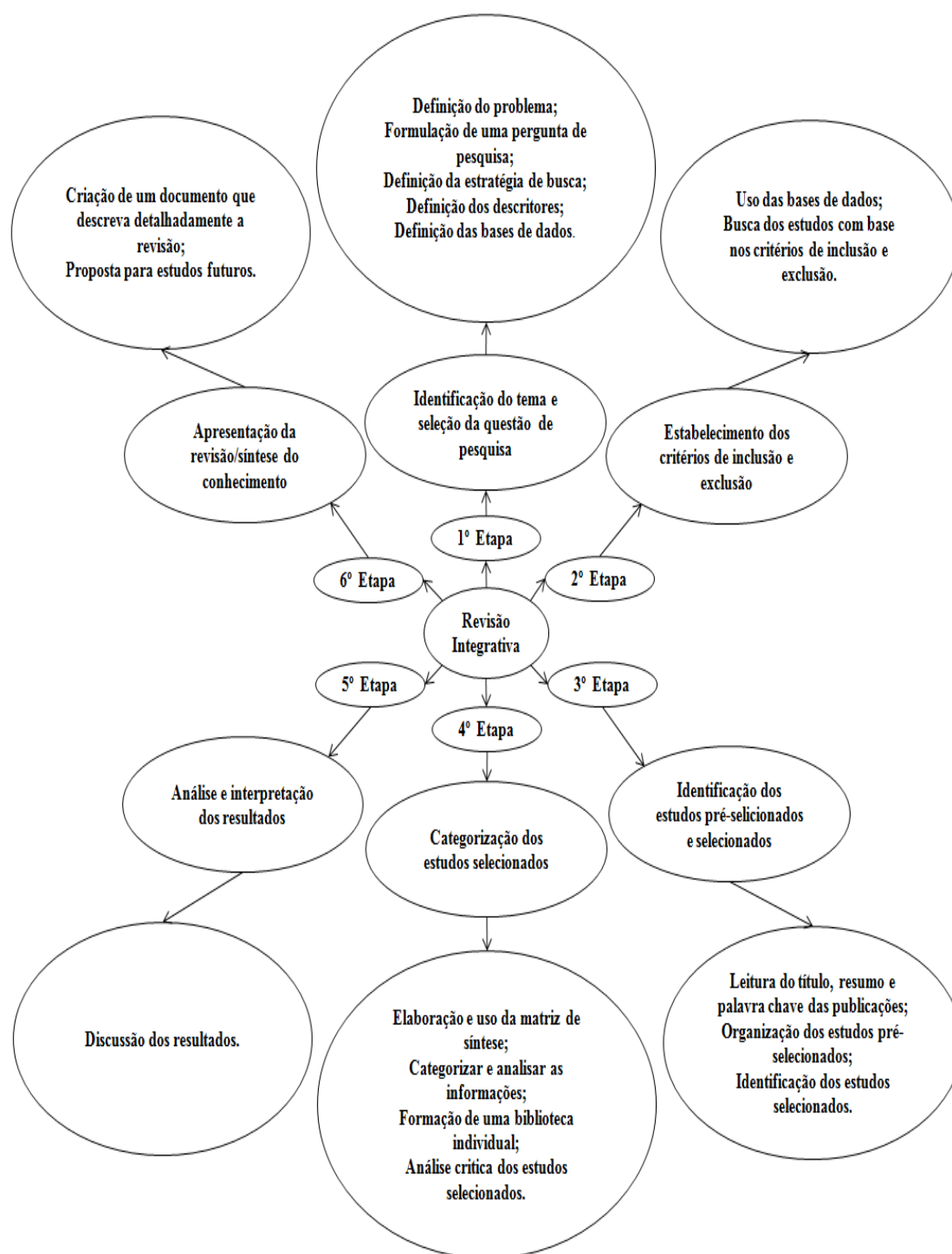
Durante esse estudo, orientado pela pesquisa bibliográfica para se obter respostas aos questionamentos e aos objetivos aqui propostos utilizamos dois métodos diferentes, a pesquisa documental e a Revisão Integrativa. De acordo com Gil (2002, p.44), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Dessa forma, contribuiu tanto para o levantamento das pesquisas referentes à temática estudada, quanto para o aprofundamento teórico que norteia a pesquisa.

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências; além das fontes primárias, os documentos propriamente ditos, utilizam-se as fontes chamadas secundárias, como dados estatísticos, elaborados por Institutos especializados e considerados confiáveis para a realização da pesquisa (PÁDUA, 1997, p.62).

Para Gil (2002), apesar de semelhantes, a pesquisa documental diferencia-se da bibliográfica pela natureza das fontes, pois o material pode não ter recebido tratamento analítico e/ou ser reelaborado de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa.

A Revisão Integrativa da literatura aqui realizada, por outro lado, compila e condensa pesquisas predecessoras acerca da temática, de maneira sistematizada, contribuindo para perscrutar o conhecimento sobre o tema proposto. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), o método de Revisão Integrativa inclui a análise de estudos importantes que contribuem para a síntese de diversas pesquisas publicadas e sinaliza possíveis lacunas existentes na temática estudada que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Dessa forma, possibilita a criação de novos conhecimentos com base nos resultados encontrados nos estudos analisados. A realização desse tipo de estudo pressupõe seis passos essenciais, que podem ser visualizados no **Fluxograma 1**:

Fluxograma 1: os seis passos da Revisão Integrativa



Fonte: Elaborado pela autora baseada em Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Trata-se de um método que permite reunir e sintetizar as evidências disponíveis

sobre o tema investigado, permitindo a construção de uma análise ampla, possibilitando as discussões dos resultados encontrados, assim como reflexões sobre a realização de futuras pesquisas.

A organização deste estudo foi realizada por meio de um criterioso levantamento bibliográfico na literatura científica, a partir da compilação de trabalhos publicados em documentos oficiais, revistas, livros, sob forma de artigo nas seguintes bases de dados documentais: BVS, SCIELO, LILACS, PUBMED e CAPES. A linha geral que norteou o presente estudo foi à pesquisa analítica, considerando a abordagem qualitativa. Entretanto, cabe aqui ressaltar, que foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica para fundamentar teoricamente e/ou justificar os limites e contribuições da própria pesquisa.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p.32).

De acordo com Minayo (1993), do ponto de vista filosófico a pesquisa é considerada como atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente.

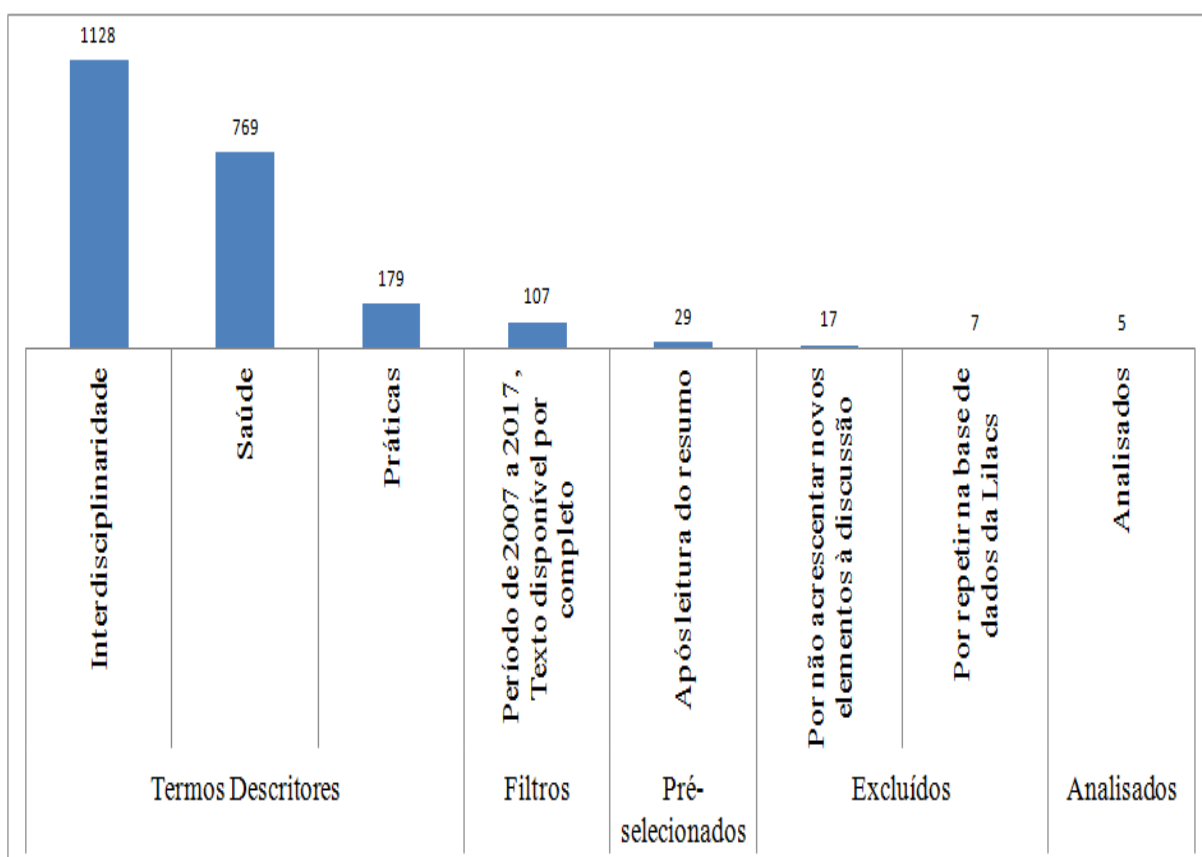
Como critérios de inclusão, foram apreciados estudos publicados no formato de artigos científicos disponíveis em português; trabalhos que apresentaram pesquisas ou experiências realizadas no âmbito da saúde; definições para o conceito de interdisciplinaridade; discussão sobre o trabalho em equipe nas políticas de saúde que abordem práticas e técnicas qualificadas, como interdisciplinar, publicados no período entre janeiro de 2007 a dezembro de 2017, buscando-se evidenciar o pensamento contemporâneo. Foram excluídos os textos incompletos, artigos não disponíveis online e/ou em PDF em sua íntegra e de outras áreas, como educação e ciências exatas.

A busca foi realizada pela pesquisadora nas bases de dados BVS, SCIELO, LILACS e PUBMED, com os seguintes descritores: interdisciplinaridade, saúde e prática. Na biblioteca de teses e dissertações da CAPES, os termos utilizados foram: serviço social e interdisciplinaridade, em ambas as buscas obedecemos aos seguintes

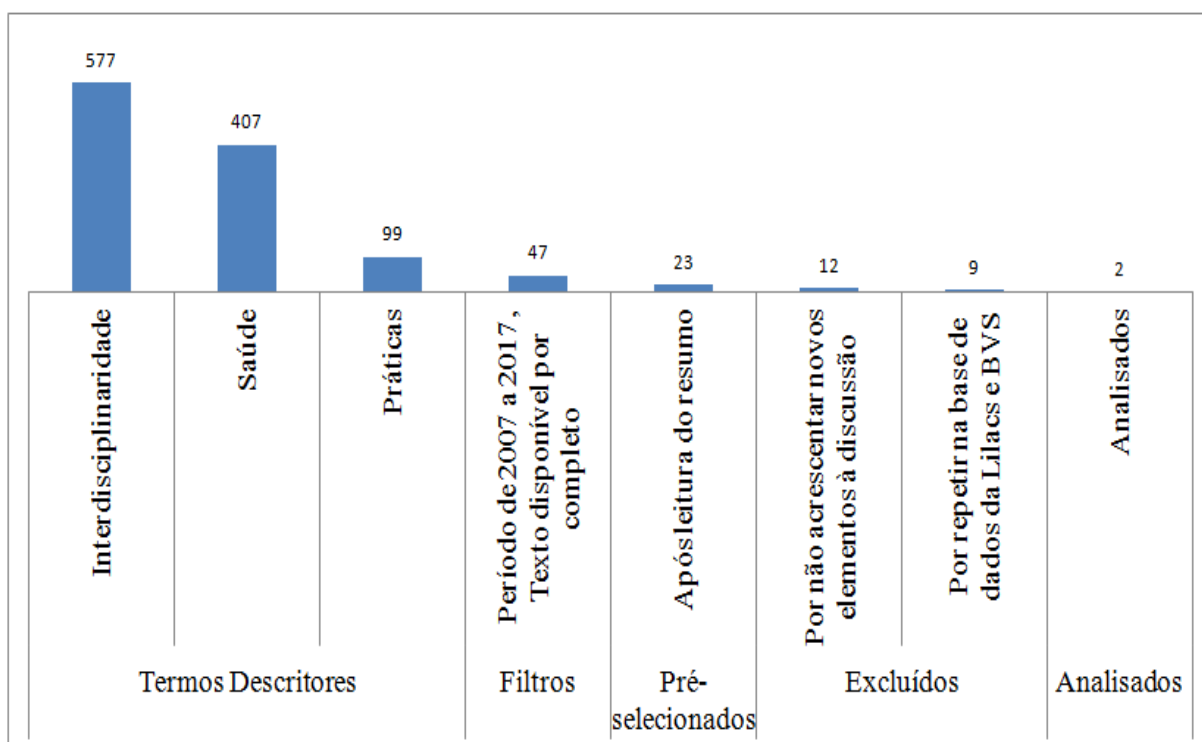
passos: (1) leitura do título, resumos e palavras-chave de todos os trabalhos científicos, a partir dos descritores, (2) exclusão de textos que não apresentaram práticas desenvolvidas por serviços da saúde – por não ser foco de nosso estudo; (3) identificação do ano de publicação; (4) leitura na íntegra dos artigos restantes com o intuito de identificar os sentidos em que o termo interdisciplinaridade está sendo utilizado, e como se traduz no agir profissional no cotidiano dos serviços em saúde.

Em síntese, a seleção dos artigos na BVS, SCIELO, LILACS e PUBMED foi realizada através do item de pesquisa, utilizando os descritores separados por vírgulas. Em seguida, filtramos por ano de publicação, selecionando o período e tipo de documento. O processo de seleção das publicações pode ser visualizado nos **Gráficos e Fluxogramas 2, 3 e 4:**

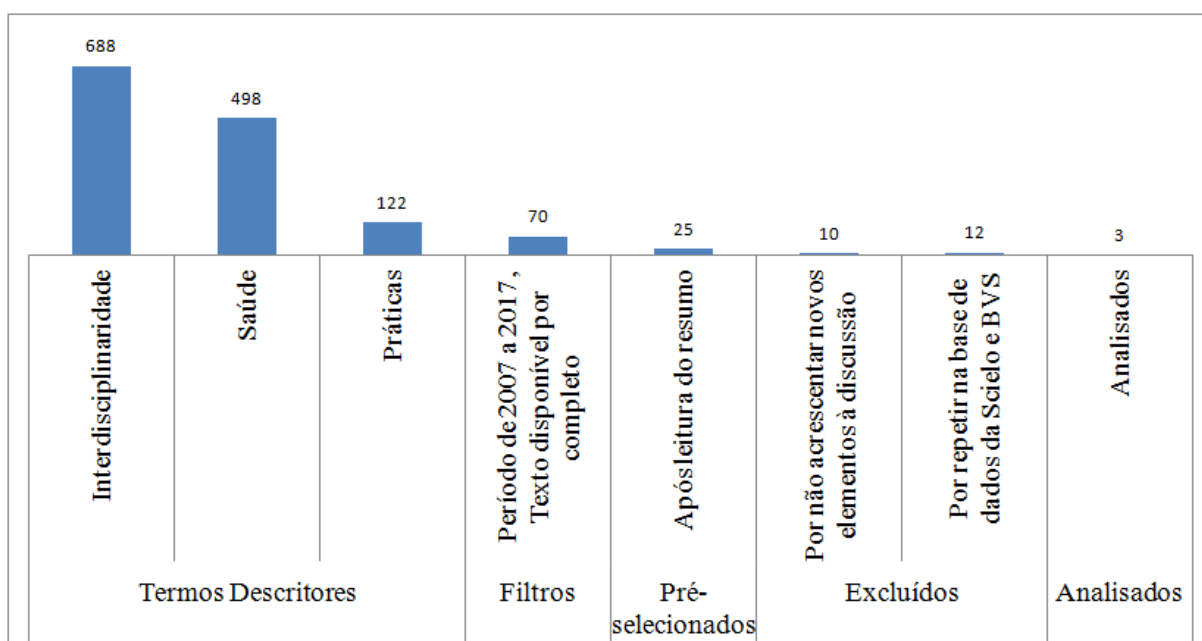
Gráfico 1: Processo de Seleção dos Artigos na BVS



Fonte: Elaborado pela autora

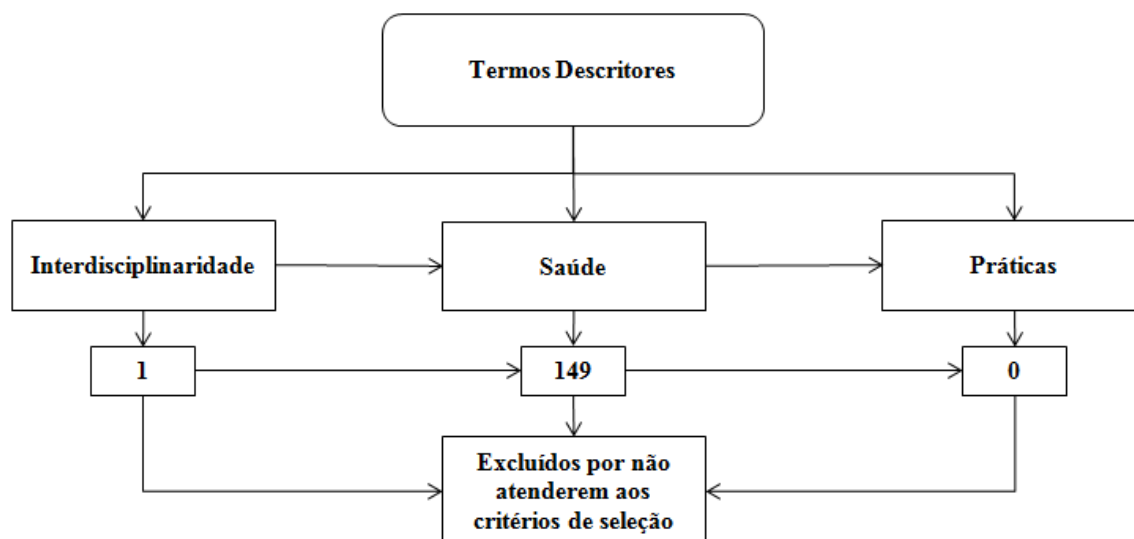
Gráfico 2: Processo de Seleção dos Artigos na base de dados SCIELO

Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 3: Processo de Seleção dos Artigos na base de dados LILACS

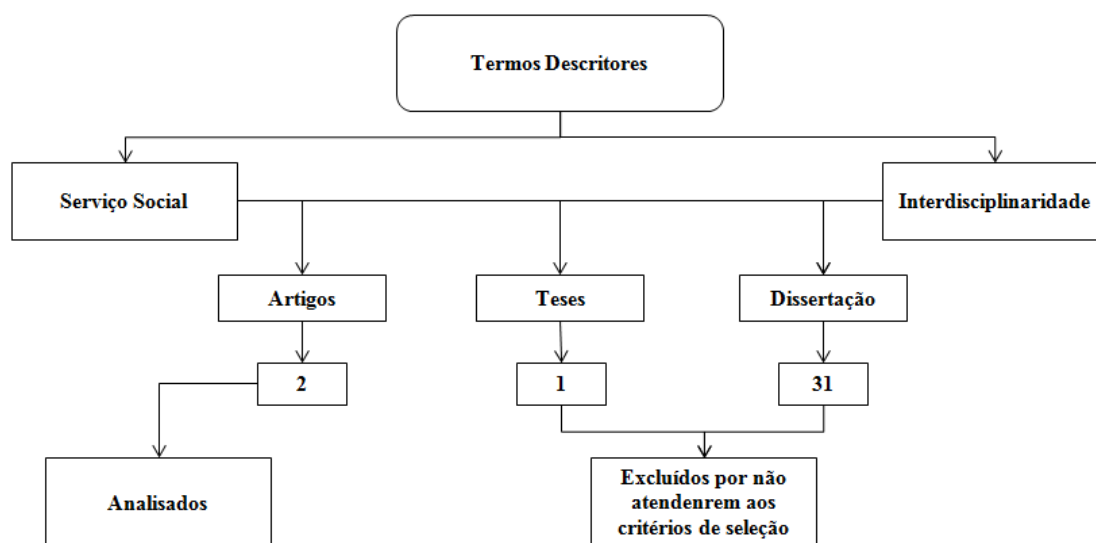
Fonte: Elaborado pela autora

Fluxograma 2: Processo de Seleção dos Artigos na base de dados PUBMED



Fonte: Elaborado pela autora

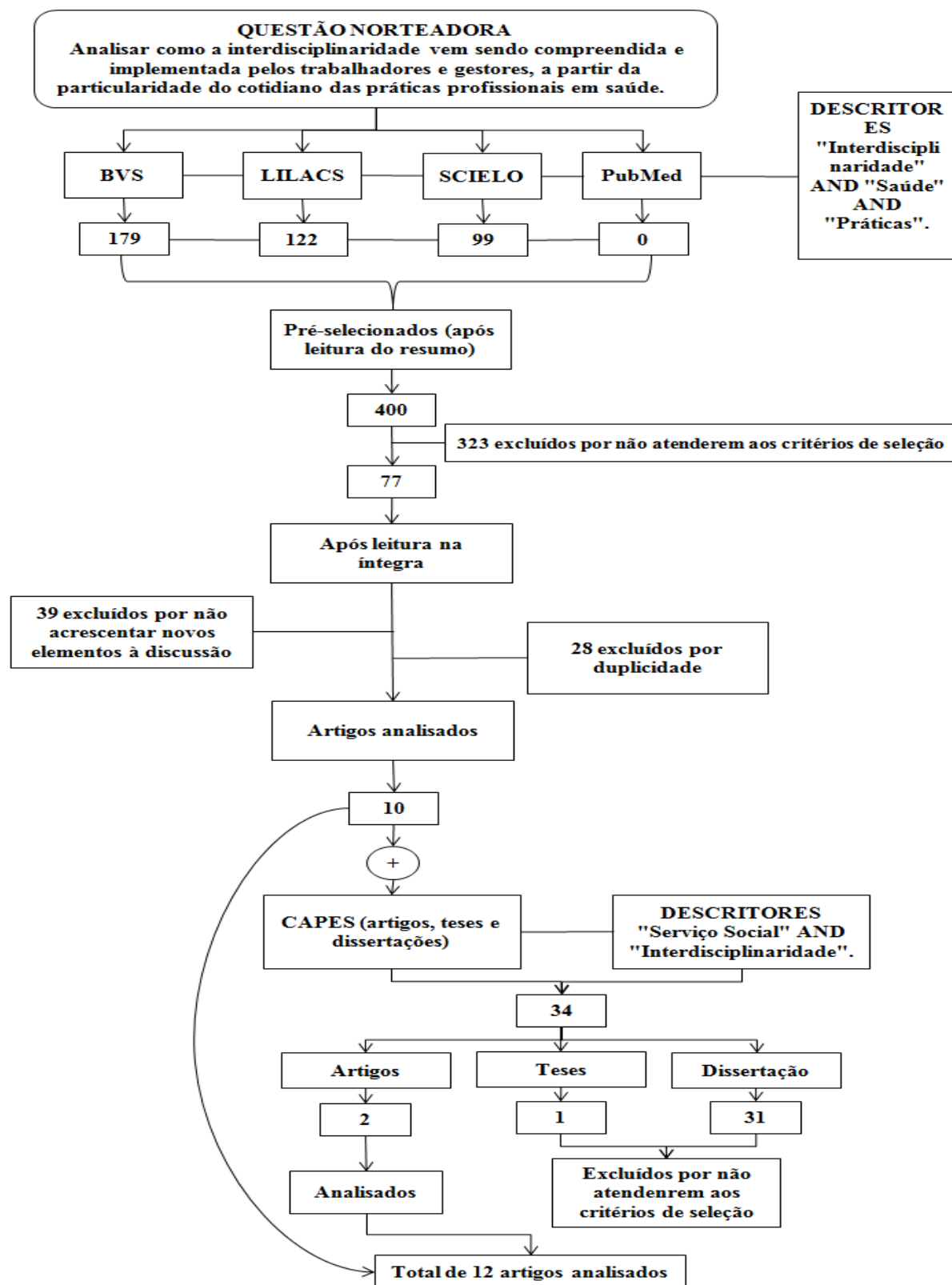
Fluxograma 3: Processo de Seleção dos Artigos, Teses e Dissertações na base de dados da CAPES



Fonte: Elaborado pela autora

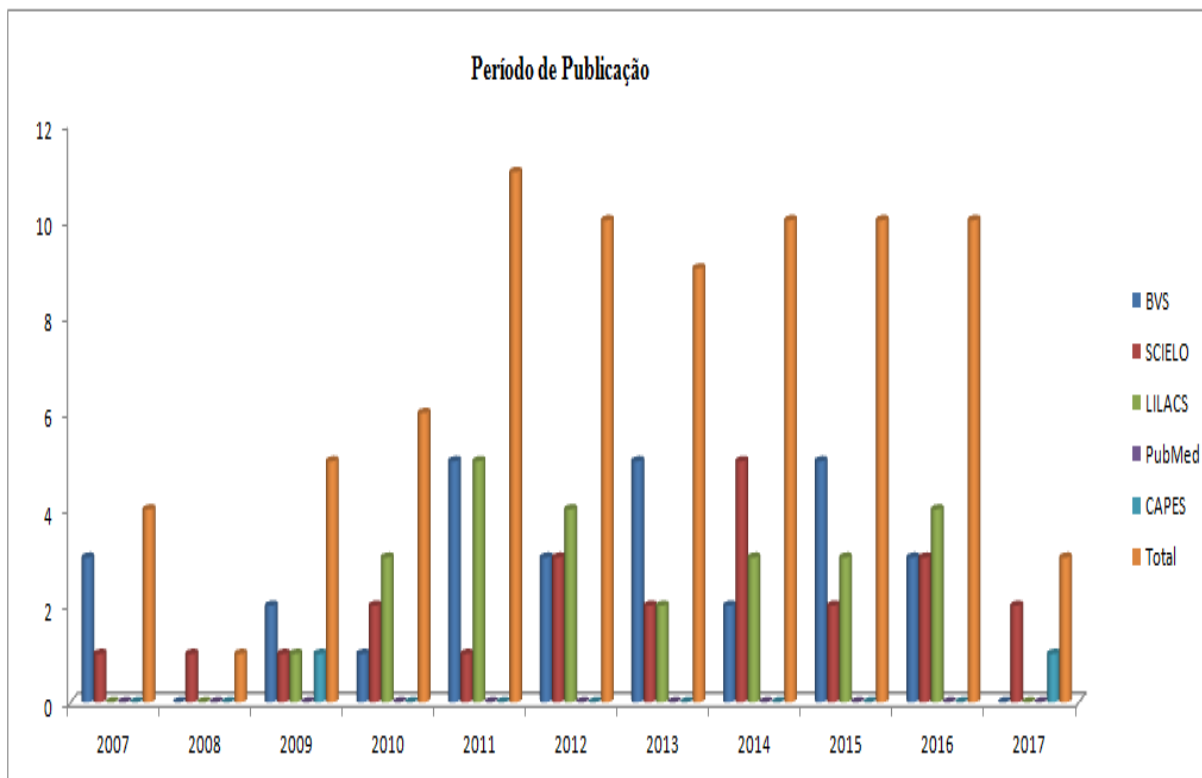
Em sua totalidade o processo de seleção resultou na análise de 12 (doze) artigos. Para melhor compreensão observe o fluxograma 7:

Fluxograma 4: Junção dos Processos de Seleção dos Artigos analisados neste estudo



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 4: Evidencia o período de maior inflexão das publicações no percurso pesquisado



Fonte: Elaborado pela autora

A análise do gráfico nos permitiu identificar que a realização dos estudos sobre a temática vem se dando de forma gradativa, com maior inflexão no ano de 2011, seguida de redução nos anos posteriores, permanecendo praticamente estável entre 2014 a 2016 e caindo consideravelmente em 2017; uma das hipóteses é que o período de busca pode não ter alcançado todos os artigos publicados até o final deste último ano, a outra é de que houve de fato menos trabalhos publicados nesse ano.

Compreendendo a complexidade que envolve o processo saúde-doença-cuidado nos debruçarmos sobre as políticas de saúde, através da pesquisa documental. Essa pesquisa permitiu acessar informações, dados e aspectos da realidade social contidas nos documentos explorados. A busca livre priorizou a base de dados do portal do Ministério da Saúde, onde selecionamos pesquisa, acesso a informações, legislação da saúde, leis em relação à formação em saúde. Como critérios de inclusão foram selecionadas: leis relacionadas à criação do SUS; a saúde como direito; conceito de saúde; organização das ações em saúde a nível nacional; trabalho, educação e qualificação. Foram definidos

como critérios de exclusão: documentos relacionados à assistência farmacêutica, repasse financeiro, ciência, tecnologia e complexo industrial.

Os dados obtidos foram organizados, categorizados e analisados de forma qualitativa. Esse tipo de pesquisa gera resultados que não podem ser obtidos por meio de procedimentos estatísticos. Conforme assevera Triviños (1987), o levantamento qualitativo visa coletar dados que permitam uma análise flexível das atitudes, motivações, sensações e do contexto de uso. Neste trabalho os artigos foram submetidos inicialmente a uma leitura flutuante que permitiu a sistematização para organizar os dados e criar três núcleos de análise: a interdisciplinaridade na formação acadêmica; a interdisciplinaridade na prática profissional e o lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade.

A partir da divulgação dos resultados da pesquisa, espera-se contribuir para o estímulo de práticas interdisciplinares nas equipes de saúde. Poderá também despertar a supervisão e o monitoramento das atividades realizadas pelas equipes, implantando um processo de avaliação de qualidade no cuidado com a saúde da população, visando identificar avanços e entraves no atendimento às demandas apresentadas, e estratégias de enfrentamento desses desafios por meio do trabalho interdisciplinar.

Cabe assinalar que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovada sob o nº 7860101118. **(Anexo 1).**

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na contemporaneidade há diversos enfoques relacionados à busca de um conhecimento mais amplo, não fragmentado, que tem como desafio o diálogo e interação entre as disciplinas, no sentido de enfrentar a barreira da multidisciplinaridade, que se limita a justaposição de conhecimentos em torno de um problema. Estes veem a interdisciplinaridade como caminho e a formação acadêmica como corresponsável neste processo.

Apontada como essencial nas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, a interdisciplinaridade é vista como elemento de integração entre disciplinas, campos do saber e profissionais, contribuindo para organização do processo de trabalho e a comunicação entre os diversos cursos. Como já discurremos, os artigos selecionados foram analisados em três núcleos: a interdisciplinaridade na formação acadêmica; a interdisciplinaridade na prática profissional e, o lugar do serviço social frente à interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade na formação acadêmica

Estão elencados no **Quadro 1** os artigos que compõem o primeiro agrupamento, estes versam sobre a interdisciplinaridade na formação. Apresentam elementos que podem contribuir com a realização de ações interdisciplinares, bem como possíveis obstáculos à interdisciplinaridade.

Quadro 1: Artigos que abordam a interdisciplinaridade na formação profissional

Título	Autores	Ano de publicação	Formação acadêmica	Tipo de Pesquisa	Método	Objetivo	Revista
A INTERDISCIPLINARIDADE E NECESSÁRIA À EDUCAÇÃO MÉDICA	Maria Alice Amorim Garcia, et al	2007	Medicina	Qualitativa	Análise documental e de depoimentos	Analisar os programas e atividades do currículo implantado na Faculdade de Medicina da PUC-Campinas a partir de 2001, no tocante às ações interdisciplinares e multiprofissionais que envolvem os demais cursos da saúde.	Brasileira de educação médica
ORGANIZAÇÃO CURRICULAR BASEADA EM COMPETÊNCIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA	Wilton Silva dos Santos	2010	Medicina	Qualitativa	Revisão de Literatura	Refletir sobre as competências necessárias a uma boa prática profissional, a partir da organização curricular baseada na competência na educação médica.	Brasileira de educação médica
RELAÇÕES DISCIPLINARES EM UM CENTRO DE ENSINO E PESQUISA EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	Ligia Emerita Guedes, et al	2010	Psicologia	Qualitativa	Estudo de Caso	Discutir aspectos das relações disciplinares entre profissionais de saúde, incluindo barreiras e facilitadores à prática da interdisciplinaridade.	Saúde e Sociedade
EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O TRABALHO EM EQUIPE COM FOCO NOS USUÁRIOS	Marina Peduzzi, et al	2013	Enfermagem	Qualitativa	Revisão de Literatura	Identificar, descrever e discutir a complexidade da Educação Interprofissional, da multiplicidade de conceitos e sua relação com a interdisciplinaridade.	Escola de Enfermagem da USP
INTERDISCIPLINARIDADE: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL NA UNIVERSIDADE?	Francisco Nilton Gomes de Oliveira	2015	Terapia Ocupacional	Quali e Quantitativa	Estudo Piloto	Analisar as práticas estabelecidas nos cursos de graduação dentro de uma concepção interdisciplinar.	Barbarói
A TUTORIA NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	Ieda Maria Ávila Vargas Dias, et al	2016	Enfermagem	Qualitativa	Estudo de Caso	Analisar a configuração de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na perspectiva dos tutores, versando sobre o processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interdisciplinar e interprofissional.	Saúde Debate

Fonte: Elaborado pela autora.

Entendida por Oliveira (2015) como um desafio, a perspectiva interdisciplinar reflete as indagações frequentes no processo de reconstrução na formação dos sujeitos. Para o autor, a compreensão das diversidades e pluralidades do ser humano tem na ação interdisciplinar, uma prática que possibilita a aproximação do homem com os diferentes campos de saberes. Perpassa pela mudança paradigmática na formação dos sujeitos, nos conteúdos disciplinares e a lógica de que uma disciplina por si só é a detentora do grande saber.

O desafio da Interdisciplinaridade remete a questões constantes de reconstrução na formação humana, levando-se em consideração a história da existência do homem e suas transformações sociais, culturais e éticas. A Universidade exerce um papel culminante no que concerne a formação do sujeito, a qual, tendenciosamente, fragmenta o conhecimento, impondo uma visão tecnicista e positivista nos muros institucionais. Romper com essa tendência fragmentadora e desarticulada é uma forma de contribuir para novos cenários de saberes (OLIVEIRA, 2015, p. 185).

Garcia et al. (2007) também concorda com a ideia acima discutida de que a universidade tem o papel de incentivar a realização de práticas que permite a interação entre todos os envolvidos no processo de conhecimento. No que se refere à interação Guedes e Junior (2010), chamam atenção para o envolvimento de outras instituições, além das acadêmicas, a fim de assegurar as mínimas condições para o desenvolvimento de relações interdisciplinares.

As transformações sociais que vêm ocorrendo nos convidam a refletir sobre a dimensão acadêmica e os desafios da educação brasileira na atualidade, sobretudo, as dificuldades no âmbito das Instituições de Ensino Superior (IES) frente à temática da interdisciplinaridade, considerada como caminho para o enfrentamento desses desafios e seus desdobramentos socioeducacionais e intelectuais, conforme Oliveira (2015). O autor ainda diz:

A Prática Interdisciplinar nas IES constitui uma ferramenta necessária para uma política institucional e legitima uma prática inovadora que estimula a sociedade a pensar, refletir, compreender e agir de forma consciente e preventiva frente aos desafios apresentados pela realidade (OLIVEIRA, 2015, p. 186).

A partir de um rigoroso debruçar sobre a nova realidade proveniente da crise contemporânea, em especial a do mundo do trabalho, as IES no processo de construção de sua identidade enfrentam o desafio de especificar e tornar práticos os fundamentos epistemológicos que as sustentam, bem como definir suas funções em relação às demandas sociais.

Do ponto de vista epistemológico, a nova institucionalidade se constrói a partir da compreensão que o conhecimento se produz a partir da prática e voltado para o enfrentamento das questões objetivas regidas pela atividade humana, ao mesmo tempo individual e coletiva, mas sempre histórica (OLIVEIRA, 2015, p. 186).

Em uma realidade dinâmica, instável, em permanente transformação, o processo de constituição de identidade reflete a busca por novas formas de relacionamento entre universidade, sociedade civil, governo e setor empresarial, sem que o enfrentamento

desses novos desafios da prática comprometa seu distanciamento e escusa, elementos intrínsecos à sua própria natureza e que afere a autonomia universitária (ibidem).

Outra dimensão discutida nos artigos refere-se ao reconhecimento dos limites e das potencialidades de cada campo de saber, para que possa haver uma abertura na direção de um fazer coletivo, uma possibilidade de quebrar a rigidez dos compartimentos em que se encontram isoladas as disciplinas (GARCIA, 2007). A relação interdisciplinar proporciona uma troca intensa de conhecimentos, instrumentos e técnicas, de modo que ao final do processo de formação, os profissionais saíam qualificados para o trabalho em equipes interdisciplinares.

Um dos limites apontados são os “muros institucionais” que são construídos a fim de produzir o conhecimento e as especificidades de cada área, que se tornam fechadas com teorias alicerçadas em nichos, sem uma produção comum, que sirva de base para outras ciências (OLIVEIRA, 2015). Outros desafios referem-se à rigidez e às transformações imposta à formação:

A dinamicidade que o desenvolvimento científico-tecnológico imprime aos processos produtivos e sociais muda radicalmente esta modalidade de formação, definida a partir da rigidez taylorista/fordista. As mudanças muito rápidas passam a exigir atitudes diferentes com relação ao conhecimento (OLIVEIRA, 2015, p. 190).

Essas rápidas mudanças advindas do avanço tecnológico refletem diretamente sobre as demandas sociais chamando atenção das IES para necessidade de um modelo de gestão de conhecimentos e saberes, que seja aberto, participativo e transversal para atender as exigências plurais do novo cenário econômico, regulatório do Ministério da Educação - MEC (ibidem).

A importância da universidade é produzir conhecimento e o torná-lo acessível, por meio da instrução, como uma maneira de efetivá-lo. Esse acesso possibilita o aprendizado, consequentemente a modificação e utilização do conhecimento nas diversas circunstâncias da prática social frente às mudanças e dinâmicas do processo produtivo, que trazem consequências à educação superior:

A prática social, portanto, constitui-se em ponto de arranque e ponto de advento para as práticas acadêmicas. Essas mudanças, que conformam um novo regime de acumulação – a unificação flexível, que se materializa na relação entre concentração crescente do capital e geração igualmente crescente da exclusão através da mundialização do capital, da reestruturação produtiva e das novas formas de regulação através do Estado – têm trazido profundas consequências para a educação em geral, atingindo de forma muito intensa o ensino superior (OLIVEIRA, 2015, p. 189-190).

A qualificação profissional para lidar com o improvável, ante as novas formas de gestão e organização do trabalho tem sido uma demanda e um desafio à formação acadêmica. As práticas individuais devem ser substituídas pelas coletivas, possibilitando o compartilhamento da produção de sentido e de vida do sujeito, sem perder de vista suas singularidades e pluralidades. Isso implica em uma educação inicial e continuada rigorosa, em níveis crescentes de complexidade. Ou seja, de maior rigor acadêmico, anexo à competência investigativa, de maneira a integrar ciência e mudança social através da práxis (ibidem).

Os estudos apontam também que as transformações ocorridas no mundo do trabalho requerem das IES uma formação ampla, que possa contribuir com a empregabilidade, como estratégia, o ensino superior adota a formação geral e flexibilização dos percursos. A divisão entre as ciências: básica, aplicada, humanidade e tecnologia é tensionada pelas mudanças no mundo do trabalho, que tende a romper com as barreiras existentes entre as diferentes áreas do conhecimento, como também entre a prática acadêmica e prática social atrelando o ensino ao processo de formação humana (ibidem). Isso implica em uma nova concepção de ensino, que estimule o compartilhamento do conhecimento dentro e fora dos muros universitários e apresente propostas curriculares integradas, na perspectiva interdisciplinar.

Para Peduzzi (2013) a discussão da interação entre disciplinas teve início na década de 1970 no país como elemento facilitador para enfrentar a crise do conhecimento e das ciências, no que diz respeito à fragmentação, surge o exercício da interdisciplinaridade. Em que pese à área da saúde, foco do nosso estudo neste contexto, outro conceito vem sendo produzido: a Educação Interprofissional (EIP). Esta é compreendida como meio desafiador da formação, na busca por novas respostas aos problemas, que refletem a complexidade e fragmentação do cuidado, prestado pelas diferentes especialidades profissionais, como também a necessidade de superar os tradicionais processos de ensino.

Também desafiador é o modelo de ensino baseado em disciplinas, centrado na racionalidade biomédica. A formação profissional corresponde a uma rede de serviços, gestão e atenção à saúde organizada em torno das ações médicas com os demais profissionais atuando como auxiliares, ou seja, não há cooperação entre as disciplinas, o que dificulta a atuação profissional em equipes interdisciplinares. Nesta perspectiva, a cooperação disciplinar, na interdisciplinaridade, implica em uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas (ibidem).

No âmbito da saúde, que tem a formação centrada no modelo disciplinar, o ensino nos moldes interprofissional serve de subsídio para o fortalecimento do trabalho em equipe. O objetivo é a transformação das práticas na busca pela integração e colaboração interprofissional com ênfase nas demandas de saúde da população. A essência da EIP possui três focos sobrepostos a saber: preparação individual para colaboração; estímulo a colaboração entre o grupo; e melhoria dos serviços e da qualidade do cuidado (PEDUZZI, 2013).

O modelo tradicional de ensino, cuja tendência profissional de cada área é trabalhar de forma isolada e independente, reflete o isolamento da sua longa e intensa formação, limitada a sua própria área de atuação. A proposta de EIP visa contribuir para a formação de profissionais melhor preparados para uma atuação integrada. A colaboração e o reconhecimento da interdependência entre as áreas predominam frente à competição e fragmentação. Na organização do trabalho, os profissionais podem transitar entre as diversas áreas específicas de cada formação, tanto para compartilhar ações, quanto delegar atividades (ibidem).

As discussões sobre a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade na formação em saúde, agregam-se às Diretrizes Nacionais para os cursos de graduação que trouxeram a necessidade de repensar as estratégias de ensino e formação profissional que possibilitem às instituições formarem profissionais com perfil humanista, crítico e reflexivo. Tais Diretrizes têm por base princípios éticos, capazes de atuar no processo saúde, doença e cuidado com responsabilidade social e comprometidos com estratégias que visem à promoção da saúde, nos diversos níveis de atenção (BATISTA; COSTA NETO, 2013 apud DIAS et al., 2016).

A formação e a capacitação dos trabalhadores da saúde são reconhecidas como significativas em qualquer ramo da atividade produtiva, considerando a natureza do trabalho e suas relações. O desafio é que a proposta possibilite a formação de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a produção do cuidado integral em saúde no plano individual e coletivo (FELICIANO et al., 2013 apud DIAS et al, 2016. p. 258-259).

Uma modalidade de formação que traz a proposta de formar profissionais capazes de atuar em equipes, de maneira interdisciplinar e integrada, possibilitando agregar saberes e práticas plurais no interior das equipes é a residência multiprofissional. Essa proposta tem a integralidade do cuidado, como um dos referenciais e o trabalho em equipe enquanto um princípio operador (PEDREIRA et al, 2013 apud DIAS, 2016. p.

259). Aqui, a interprofissionalidade é vista como solo fértil para o desenvolvimento de ações coletivas.

A característica de cooperação entre os profissionais, na interprofissionalidade, possibilita uma ampliação da visão e do cuidado com o usuário, porém não quer dizer que este cuidado seja humanizado. Da mesma forma que na cooperação somente partilhar o conhecimento pode não ser um trabalho em equipe (DIAS, 2016. p. 262).

A operacionalização da EIP pode apresentar dúvidas e tensões, devido à tendência de reiterar o que é tradicional, as resistências à mudanças, e também pela necessidade de permanência do ensino uniprofissional para apreensão de conhecimentos e habilidades específicas e, respectivamente, seu conjunto de disciplinas. A articulação das ações e a colaboração profissional requer a manutenção das especialidades, tal como a interdisciplinaridade quer a disciplinaridade. Essas dimensões têm em comum o grau de interação. Portanto, a EIP é complementar a educação uniprofissional no desenvolvimento de atividades curriculares planejadas (ibidem).

A educação interprofissional, uma das principais estratégias para formar profissionais aptos ao trabalho em equipe, prática indispensável para integralidade do cuidado em saúde, contribui para uma formação de profissionais mais abertos à prática colaborativa e ao reconhecimento da interdependência entre áreas, tais características se sobressaem à competição e à fragmentação (ibidem).

Há de se ressaltar nos textos analisados, a perspectiva da construção de currículos baseados em competências, que tem direcionado vários processos de formação em saúde, especialmente dos médicos. Entendida como capacidade de articular e pôr em prática conhecimentos, habilidades e valores, no processo de trabalho, a competência para alguns autores, pode contribuir para o desempenho eficiente e efetivo das atividades. Há vários significados para o termo, mas o modelo conceitual integrativo, que envolve aspectos relacionados a tarefas e atributos do aprendiz e leva em conta o contexto de trabalho, é a referência na construção de alguns currículos orientados por competência no campo da saúde. Esta deverá se traduzir na capacidade humana em cuidar do seu semelhante, colocando em prática seus conhecimentos e habilidades, com objetivo de prevenir e solucionar problemas de saúde, em situações específicas do fazer profissional (SANTOS, 2011).

Desta perspectiva, a defesa da construção de currículos ou programas educacionais orientados por competência, abre a possibilidade de selecionar conteúdos

legítimos que possam ser mobilizados em situações práticas de aprendizado. Cabe assinalar que este não rejeita a organização disciplinar prevista no modelo tradicional, e sim estabelece competências que são desenvolvidas no campo das diferentes disciplinas e relações existentes entre elas. Prevê a integração e alinhamento de metodologias de ensino-aprendizagem, práticas educacionais, contextos de aprendizagem e métodos de avaliação, em uma nova perspectiva de orientação acadêmica e formação profissional, com foco nas dimensões sociopolíticas, culturais, econômicas e histórico - geográficas (ibidem).

Para alguns autores, existe uma aproximação com a interdisciplinaridade, à medida que busca a integração entre as diversas áreas do conhecimento. Assim, a formação baseada em competências se tornaria uma forte aliada na busca pela realização do trabalho interdisciplinar.

Entre os cursos da área da saúde, nos espaços acadêmicos e na sociedade ao longo das quatro últimas décadas, em diferentes países vem ocorrendo debates sobre a necessidade de mudanças curriculares na educação médica, com intuito de alcançar uma formação mais humanista (SANTOS, 2011, p. 87).

Se o objetivo é obter uma formação profissional humanista, crítica, reflexiva, com senso de responsabilidade social e atuação voltada para a assistência integral à saúde do ser humano, tal como preveem as DCN para a graduação em Medicina, o conceito de competência a ser empregado como referencial teórico deve integrar aspectos relativos aos atributos do aprendiz, às tarefas a serem desempenhadas e ao contexto da prática profissional, considerando suas dimensões socioculturais, político-econômicas e histórico-geográficas (SANTOS, 2011, p.91).

Isso implica na construção de um programa educacional, que leve em consideração a dimensão humana e social da formação profissional e permaneça em constante sintonia com as necessidades da comunidade, as transformações sociais, culturais, econômicas e políticas vigentes, como também os referenciais éticos em evolução na sociedade. Os objetivos do aprendizado devem ir além da informação e do desenvolvimento de padrões intelectuais, motores e atitudinais restritos ao espaço acadêmico (ibidem).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas pela Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação definiram um conjunto de competências e habilidades gerais a serem adotadas no ensino de graduação em Medicina em âmbito nacional pelas instituições de ensino superior. Atenção à saúde, tomada de decisão, habilidades

de comunicação, habilidades de liderança, administração e gerenciamento e educação permanente foram identificadas como competências ou habilidades gerais necessárias à boa formação médica [...] (SANTOS, 2011, p. 87, 89).

Para Garcia (2007), no entanto, a formação de profissionais competentes e comprometidos socialmente não se dá apenas pela introdução de novas disciplinas, instrumentos didáticos e/ou técnicas.

As sucessivas avaliações das escolas médicas promovidas pelo Ministério da Educação e pela Cinaem⁵ evidenciaram resultados insatisfatórios, tais como: currículos arcaicos com carga horária excessiva; falta de articulação teórico-prática e entre os ciclos básico e clínico; despreparo docente; baixa produção de conhecimentos; prática profissional individualizada e impessoal; predomínio da concepção tradicional de ensino baseado na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização dos conteúdos e no papel passivo do aluno no processo de aprendizagem (GARCIA, 2007, p. 148).

Apesar de ter como missão a formação generalista, se mantém o direcionamento para especialidades, o que impede a concretização de mudanças estruturais na prática médica e impedimentos para efetivação da prática interdisciplinar. Em nome da autonomia universitária, a escola médica produz conhecimentos e profissionais que não correspondem com a demanda social (ibidem).

[...] as diretrizes indicam que as escolas se responsabilizem socialmente pela melhoria da qualidade da saúde e vida das pessoas por meio da transformação da escola e da prática educativa, como também da prática profissional e organização do trabalho. Propõe-se considerar o indivíduo como sujeito de sua aprendizagem, habilitando-o a ultrapassar a esfera da Universidade, estando constantemente atualizado e preocupado com as inovações e com o atendimento integral (GARCIA, 2007, p. 148).

Soma-se a isto ao fato de que o paradigma biomédico não responde ao modelo de atenção centrado na integralidade, que visa à ação e produção dos conhecimentos baseado nos condicionantes biopsicossocioculturais do processo saúde, doença e cuidado, o que pressupõe um trabalho interdisciplinar.

A interdisciplinaridade é uma exigência da sociedade para a medicina atual, a qual deve integrar a atuação individual e coletiva, a prevenção e a cura, e os conhecimentos da clínica e da epidemiologia: “atualmente se preza o médico que observa o paciente como um todo biopsicossocial” (GARCIA, 2007, p. 150).

⁵ Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, criada em 1991.

O SUS incide em uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição Federal. Paralelo aos problemas de gestão e organização da atenção, a falta de profissionais com formação adequada para atuar no SUS se constitui em um obstáculo para melhoria da qualidade da atenção básica e efetivação do sistema (DIAS et al, 2016).

O **Quadro 2** destaca algumas iniciativas de mudanças na formação profissional em saúde no Brasil, a partir dos anos de 1970.

Quadro 2: Iniciativas de mudanças na formação profissional em saúde

Iniciativas	Finalidade	Ano de Criação
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), primeiro instrumento jurídico de cooperação técnica OPAS-Brasil.	Maior integração entre o sistema de formação de profissionais de saúde e serviços da rede assistencial do sistema de saúde	1973
O UNI (Programa – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União a Comunidade). Destacava a abordagem educativa crítico-reflexiva como estímulo à democratização do saber a partir da problematização da realidade com a participação ativa do estudante.	Articulação entre serviços de saúde, instituições formadoras e comunidade. Estímulo ao ensino interdisciplinar e à aprendizagem baseada em problemas.	1980
Política Brasileira de Educação Permanente em Saúde (EPS).	Constituir uma, rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direitos.	Instituída pela Portaria GM/MS nº 198 de 2004.
Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS).	Contribuir para o processo de mudança na graduação em saúde no Brasil.	2004
Residência Multiprofissional em Saúde	Articulação multiprofissional	2005
Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- Saúde).	Promover mudanças no modelo de atenção e de educação na perspectiva da integralidade da saúde.	2005
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).	Integrar ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional para uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária para transformar a prestação de serviços à população brasileira.	Instituído pela Portaria MS/MEC nº 2.102 de 2005.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Peduzzi (2013).

Como observado acima, é preciso também destacar que as mudanças advindas com o SUS refletem e impulsionam a formação profissional dos trabalhadores que atuam na política de saúde do país. “O SUS necessita de propostas que, efetivamente operacionalizem a integração entre saberes e práticas no âmbito dos serviços (FURTADO, 2007, p. 239)”. A interdisciplinaridade pressupõe uma possibilidade de reorganização do processo de trabalho em saúde. Assim, se constitui em um elemento

fundamental para formação do estudante como profissional. Por conseguinte, contribui para melhoria e reordenação dos diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

A leitura atenta dos artigos permitiu identificar alguns elementos favoráveis e desfavoráveis ante a temática da interdisciplinaridade no campo acadêmico. Esses, se encontram elencados nos **Quadros 3 e 4**:

Quadro 3: Elementos favoráveis ao trabalho interdisciplinar

Elementos Favoráveis
A capacitação e a educação permanente do docente com objetivo de diminuir as resistências e preparar para o processo de ensino-aprendizagem;
A realização de atividades complementares com objetivo de propiciar espaços de integração;
O desenvolvimento de estratégias e ações que incluam os diferentes sujeitos e cenários;
Modificação do conhecimento pela interação das diferentes disciplinas;
Reconhecimento da importância e os ganhos com a interação entre diferentes especialidades, a partir do respeito mútuo e da supressão de preconceitos;
Necessidade de uma hierarquia horizontal com função de mediar às relações;
Interação dos profissionais em um verdadeiro trabalho em equipe.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4: Obstáculos à interdisciplinaridade

Obstáculos à Interdisciplinaridade
Falta de coordenação das disciplinas com objetivo de cumprir finalidades afins, no sentido da integralidade.
Resistências às mudanças por parte dos gestores, docentes e discentes;
Integração verticalizada;
Limitações decorrentes da formação nos moldes disciplinares;
Relações de poder;
Falta de humildade e conscientização de muitos docentes e discentes;
Falta de conhecimento do saber de cada profissional e os possíveis caminhos de intersecção;
Ausência de unidade metodológica;
Dificuldade de transitar por assuntos pertinentes a outras disciplinas, tanto pelo desconhecimento sobre o conteúdo de algumas profissões, quanto das atividades profissionais de outros colegas de equipe;
Falta de uma comunicação e a interação sistemática, cíclica, que depende na maioria das vezes de iniciativas individuais e não institucionais;
Dificuldades profissionais para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho e uma linguagem comum, que torne as práticas mais homogêneas e menos fragmentadas;
Em alguns casos a falta e/ou o tipo de vínculo empregatício, acadêmico ou voluntário dificulta o compartilhamento de saberes e decisões profissionais;
Predominância das disciplinas, do conhecimento específico de cada profissional, o que reforça a unidisciplinaridade, a fragmentação e inibia a integração;
Inadequação da infraestrutura física dos campos de práticas.

Fonte: Elaborado pela autora

Interdisciplinaridade na atuação profissional

Apesar estar presente nas DCN para os cursos de saúde, há inúmeros desafios para efetivação da proposta interdisciplinar. Pensar em integração no interior da sociedade de produção capitalista, que prima pela fragmentação e flexibilização das relações é algo extremamente desafiador, mas necessário, sobretudo, no âmbito das políticas de saúde, que tem o propósito de ofertar o cuidado integral à população usuária dos serviços. Para tentarmos entender como as dificuldades encontradas na área acadêmica se traduzem na prática, analisamos alguns artigos que versam sobre a interdisciplinaridade no campo da atuação profissional.

Quadro 5: Artigos analisados no núcleo dois

Título	Autores	Ano de publicação	Formação acadêmica	Tipo de Pesquisa	Método	Objetivo	Revista
EQUIPES DE REFERÊNCIA: ARRANJO INSTITUCIONAL PARA POTENCIALIZAR A COLABORAÇÃO ENTRE DISCIPLINAS E PROFISSÕES	Juarez Pereira Furtado	2007	Fisioterapia	Qualitativa	Revisão de Literatura	Analisar a concepção dominante de colaboração interdisciplinar e interprofissional	Interface-comunicação, saúde, Educação.
REFLEXÕES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E NO PROCESSO DE TRABALHO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Maria Carolina Pinheiro Meirelles, et al	2011	Enfermagem	Qualitativa	Relato de Experiência	Refletir sobre a interdisciplinaridade e suas implicações no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial, considerando alguns conceitos e estudos existentes sobre o tema	Enfermagem da UFSM
PROGRAMA BEBÊ SAUDÁVEL: COMPREENDENDO O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS	Dallayane Mikaelle G Matias; Itala M P Bezerra	2013	Enfermagem	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Compreender o processo de trabalho interdisciplinar por meio das ações educativas	De medicina da USP de Ribeira Preto.
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE	Herta Maria Castelo Branco Ribeiro, et al	2015	Serviço Social	Qualitativa	Pesquisa de Campo	Analisar as representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Sobre a Interdisciplinaridade em seu cotidiano de trabalho.	Trabalho, Educação e Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

A Lei 8.080/90 em seu artigo terceiro elenca determinantes e condicionantes da saúde e os níveis de saúde da população que expressam a organização social e econômica do país. Dessa perspectiva, as práticas de saúde pressupõe que esses elementos são constituintes do contexto social no qual os sujeitos estão inseridos, considerando a saúde em seu conceito ampliado. Assim, o SUS requer do profissional

uma atuação interdisciplinar, que contribua com a oferta de atenção integral à saúde.

Desenvolver ações em saúde, que venham ao encontro desse conceito, exige a percepção de que esses fatores estão implicados no modo como as pessoas vivem em seu território, entendido como um espaço político em permanente construção por seus sujeitos sociais e seus tensionamentos (MEIRELLES et al, 2011, p. 283).

No campo da saúde o produto do trabalho é o cuidado, fruto de um processo que sofre as determinações das condições postas na sua produção. Com intuito da concretização do apoio matricial e da efetivação do cuidado as “Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF” (BRASIL, 2010) propõem para a organização do processo de trabalho a corresponsabilização e o compartilhamento de múltiplos saberes.

Neste sentido, o processo de trabalho baseado numa perspectiva interdisciplinar se torna indispensável para que as equipes multiprofissionais possam enfrentar as dificuldades que se apresentam e construir práticas humanizadas, à medida que proporciona maior integração e compartilhamento entre os diferentes saberes e fazeres profissionais.

Entendemos a política de saúde, como política social composta por diversas outras, como a do idoso, da mulher, etc., com a finalidade de assistir às pessoas em suas demandas de saúde, dentro dos seus equipamentos, entre eles, UBS, NASF, CAPS e Hospitais; onde atuam diferentes profissionais. Portanto, é importante compreender e verificar como o trabalho é conduzido e como constitui espaços de exercício de autonomia.

A maneira como se avalia sempre está associada a um determinado modo de gestão (com seus pressupostos político ideológicos): por isso, também é necessário identificar o modo de gestão, e assumi-lo, considerando que apenas na gestão participativa está previsto espaço para o exercício da autonomia do trabalhador, a autonomia que permite a realização de projetos, e que implica, necessariamente, na responsabilidade (CHANLAT, 1997; ENRIQUEZ, 1997. apud SANDUVETTE, 2007, p.94).

No processo de inversão dos modelos de atenção à saúde, onde o cotidiano profissional é construído pela horizontalidade das relações, o trabalho em equipe torna-se elemento indispensável (LEITE e VELOSO, 2008). Contudo, a realização de atividades em conjunto não necessariamente reflete a perspectiva interdisciplinar. Segundo Scherer e Pires (2009) há dificuldade na integração dos saberes, assim a interdisciplinaridade vai requerer que cada profissional esteja bem fundamentado em sua própria especialidade, como também na proposta interdisciplinar para que ela aconteça.

Japiassu (1976) nos auxilia na compreensão dessa reciprocidade no processo interativo:

[...] a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, existe certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (JAPIASSU, 1976, p. 74).

Concordamos que o alcance da interdisciplinaridade pressupõe a superação de barreiras e abandono de hábitos institucionais consolidados, impelindo as ciências que compreendam seus limites e sua capacidade de aproximação, que não dissipa a compreensão da realidade total (FAZENDA, 2007).

Portanto, pensar a saúde em seu conceito ampliado implica em compreender que a complexidade das demandas apresentadas nos serviços de saúde, está para além de ações multidisciplinares. Isso requer dos trabalhadores ações mais integradas e compartilhadas entre os integrantes das equipes e os serviços de saúde, bem como as demais políticas sociais. As intervenções não deveriam se limitar ao tratamento da enfermidade, precisamos nos atentar para os determinantes que compõem o processo de promoção à saúde.

Aqui, como se vê, outro aspecto pode ser destacado, o da promoção da saúde, que de acordo com Guedes e Junior (2010), emerge como um novo modelo, para atender a demanda de uma nova prática de saúde que não se limita apenas às atividades curativas. Caracteriza-se como um campo interdisciplinar que tenta apreender as complexas realidades no campo da saúde. Importante pressuposto para reorganização do processo de trabalho com práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, o trabalho em equipe interdisciplinar contribui para uma abordagem integral, com maior resolutividade das demandas de saúde da população. Há, portanto, um ponto em comum entre os conceitos de interdisciplinaridade e promoção à saúde, a busca pela integralidade, tanto do saber, quanto do indivíduo.

[...], promoção da saúde diz respeito não somente ao setor saúde, envolve um sistema amplo com dimensões biopsicossociais, com implicações políticas, culturais, econômicas, sociais, ambientais, comportamentais, biológicas e institucionais. Tal dimensão exige a busca de parcerias, criação de redes de apoio e cooperação, pois as práticas marcadas por atuações isoladas não são suficientes para lidar com a complexidade das questões de saúde-doença-cuidado hoje apre-sentadas (BRASIL, 2002. apud GUEDES, JUNIOR, 2010, p. 261).

O conteúdo da promoção da saúde é interdisciplinar, ocorrendo justamente na

interface entre diferentes áreas de conhecimento. Inerente ao conceito de promoção da saúde há um discurso capaz de perpassar as fronteiras disciplinares, talvez falte para a sua concretização prática, linguagem e estruturas lógicas e simbólicas, que façam sentido para os profissionais e contribuam com uma comunicação interdisciplinar (ibidem).

A sociedade contemporânea marcada pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e a predominância das especializações, a partir de um olhar plural, resgata a temática da interdisciplinaridade, como meio para articulação entre os diferentes profissionais que atuam na área da saúde, sem perder de vista o respeito às bases disciplinares específicas, mas possibilitando a busca compartilhada para os problemas da população e das instituições, visando à integralidade das ações (MERHY, 2004).

Nesta perspectiva, a organização do processo de trabalho em saúde passa necessariamente pelo trabalho coletivo de caráter interdisciplinar, enquanto elemento facilitador para realização de práticas educativas, mais especificamente com o SUS, que traz para este campo, uma visão mais ampla do processo saúde/doença e toma como prioritárias as ações de promoção da saúde. Neste contexto, se dá a construção de dispositivos de saúde que favorecem o desenvolvimento de ações centradas na família, a exemplo do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem por base o desenvolvimento de metodologias coletivas.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010, p.7).

A maneira como as políticas de saúde se encontram organizadas, dentro de espaços físicos, onde para cada profissional é delimitado uma função específica se constitui num obstáculo para a prática interdisciplinar. Assim, é preciso observar se as ações previstas institucionalmente são pautadas no que o profissional faz, ou deveria fazer, segundo as determinações do serviço.

[...] a interdisciplinaridade é caracterizada como a possibilidade do trabalho em conjunto na busca de soluções respeitando-se as bases disciplinares específicas, existindo uma colaboração entre os diferentes profissionais, isto é, um intercâmbio de saberes, de modo que, no final do processo interativo, cada

profissional sai enriquecido por ter incorporado os resultados de vários olhares disciplinares, assegurando a cada um seu caráter propriamente positivo (BEZERRA; MATIAS, 2013, p. 307).

Para Sanduvette (2007), relatar o cotidiano dos serviços é uma experiência esclarecedora. Baseado no fazer cotidiano, disponível e acessível para trabalhadores e população, a organização do trabalho através de projetos, abre espaço para que os integrantes das equipes ampliem seu campo de ação, para além das disciplinas que são dadas pela formação acadêmica, se constituindo como executores para interdisciplinaridade. Assim, o cotidiano socialmente construído e reconhecido se transforma em eixos de gestão do trabalho por projetos, se concentrando em torno do investimento interdisciplinar das equipes e à promoção da saúde coletiva.

De acordo com Meirelles (2011), é no cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre a reprodução e a recriação, próprios das práticas de assistência à saúde, que pode ocorrer um processo contra-hegemônico que resgate os envolvidos (trabalhadores e usuários) como sujeitos sociais e cidadãos. Assim, a interdisciplinaridade como condição relevante na construção de novas práticas no processo de trabalho e atenção à saúde, precisa ser compreendida a partir do cotidiano.

(...) é no processo de trabalho, no qual as experiências e modos singulares, dos fazeres cotidianos de cada profissional de saúde operar seu “trabalho vivo em ato”, como expressão que dá significado ao trabalho no exato momento da sua atividade produtiva, que em última instância se define a assistência ou o modo de cuidar, como modelo de atenção à saúde (MEIRELLES et al, 2011, p. 283).

Não podemos pensar a saúde como uma construção linear, que resulta em um produto final, e sim que o cuidado, enquanto resultante dessa ação perpassa todas as etapas do processo de trabalho. Para Reis e David (2010), refletir sobre esse processo implica em compreender como se organiza o trabalho, enquanto atividade produtiva, como também os elementos constituintes do processo e objeto de trabalho são os diversos saberes, os instrumentos e o trabalho em si.

É, portanto, o trabalho vivo, que está no centro deste processo, ou seja, é o sujeito (trabalhadores) que pensa o trabalho que é dispensado a outros, com intuito de atender demandas que lhes são apresentadas. É célere a constituição de uma nova relação entre os profissionais que atuam no âmbito da saúde, contribuindo assim para maior diversidade das ações, por meio de uma relação interdisciplinar, que questione as certezas profissionais e incite a constante comunicação, de forma horizontal, entre os

membros das equipes de saúde.

Como vimos, os serviços de saúde tem passado por mudanças que influenciam e exigem novas práticas nos processos de trabalho. No entanto, a alta rotatividade dos profissionais, diferentes carga horária, perfil profissional, incluindo a formação, por vezes dificultam a continuidade do trabalho. Essas repercutem diretamente sobre a realização do trabalho interdisciplinar, que exige uma relação horizontal, afetiva e solidária entre os profissionais e o compartilhamento de responsabilidades, resultando na transformação de suas práticas, rumo ao encontro de um novo modelo de atenção em saúde (MEIRELLES, 2011). Essa influência histórica do isolamento e da fragmentação dos saberes tem sido um desafio para o desenvolvimento do trabalho em saúde, no interior das equipes multiprofissionais.

A interdisciplinaridade emerge não somente da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, das suas funções, dos seus papéis e também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida (MEIRELLES, 2011, p. 285).

O desafio do interdisciplinar, presente no terreno operacional vem sendo discutido constantemente entre os profissionais e suas equipes, em decorrência da necessidade de maior interação entre disciplinas, saberes e práticas. A irracionalidade resultante do excesso de compartimentalização e racionalização das práticas profissionais em saúde, a discussão sobre integração disciplinar no que se refere à organização e qualificação dos serviços e suas práticas, permitem o questionamento sobre suas consequências (ibidem).

Para uma melhor compreensão sobre a discussão relativa à integração de práticas e saberes faremos distinção, como refere Furtado (2007), entre os planos disciplinares e profissionais. O primeiro estaria relacionado ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, ou seja, conceitos que buscam a apreensão dos fenômenos, e o segundo a solução de problemas empíricos, está voltado para as práticas.

Pensar em colaboração profissional e profissionalismo na sociedade contemporânea, que incentiva a competitividade profissional, consequentemente a fragmentação dos diferentes processos de trabalho, pressupõe a existência de forças antagônicas no interior das equipes profissionais.

[...] Por um lado, temos a colaboração profissional, que requer ou promove relações e interações nas quais os profissionais poderão colocar à disposição e partilhar seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção ao paciente. Essa lógica de colaboração baseia-se em valores humanistas, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa, e não ao redor de territórios de especialização. A proposta de trabalho em colaboração interprofissional surge como resposta a diversos impasses dentre eles, “a complexidade dos problemas clínicos à necessidade de reagrupamento de conhecimentos espalhados, como forma de diminuir a alienação do trabalhador e para evitar a duplicação de cuidados”. Por outro lado, temos o profissionalismo ou lógica profissional, marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional (FURTADO, 2007, p.246).

Portanto, discutir sobre interdisciplinaridade no âmbito das práticas em saúde reflete uma relação antagônica entre o modelo da lógica profissional e o da colaboração interprofissional. Se constituindo em lado opostos, ainda que dependentes. O trabalho voltado para colaboração precisa reconhecer que, o indivíduo por meio da formação profissional visa a conquista de um espaço diferenciado. Em decorrência disso, se faz necessário o estabelecimento de pontes entre as posições contrárias.

Entre os autores estudados, há de se destacar que o significado e a diferença entre os conceitos de interprofissionalidade e interdisciplinaridade não são claros:

Diferenciadas pelo sufixo, ‘disciplinaridade’ e ‘profissionalidade’ ilustram, respectivamente, as disciplinas e as profissões, exemplificando a cooperação entre as disciplinas e a colaboração dos profissionais. Ambas, teoria e prática andam juntas e dividem o mesmo espaço com a multidisciplinaridade e o trabalho multiprofissional tecendo, assim, a linha tênue entre os prefixos ‘multi’ e ‘inter’ (SILVA, 2011 apud DIAS, 2016, p. 265).

Na interprofissionalidade a proposta é que as profissões aprendam juntas sobre as especificidades de cada área, relativizando suas certezas e acreditando ser possível. Para tanto, é preciso estar aberto a novos caminhos, de maneira mais participativa, interativa e criativa, tal como é proposto pela educação interprofissional.

Há de se destacar outro componente importante do trabalho interdisciplinar, já que este pressupõe o estabelecimento de objetivos conjuntos, individuais e de equipe.

Incorporar elementos de determinadas áreas de conhecimento, meramente como informação, sem um objetivo, é uma ação instrumental, técnica, e não uma ação interdisciplinar de fato, na qual os pro-fissionais tornam-se capazes de transpor, deslocar e traduzir o seu corpo de conhecimento para o campo de suas representações e experiências pessoais, para que atinjam as representações e experiências dos outros, inclusive dos usuários de seus serviços (Etges, 2008 apud GUEDES, JUNIOR, 2010, p. 268).

A interdisciplinaridade não se efetiva através de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem-intencionados. É por meio da concretude dos aparelhos cognitivos de indivíduos que transitam em diferentes áreas que ocorrerão os diversos graus de interação e colaboração entre disciplinas e profissões (ALMEIDA FILHO, 1997 apud FURTADO, 2007).

Podemos entender as disciplinas, do ponto de vista epistemológico, como representantes de um saber organizado, composto por um conjunto de teorias, conceitos e métodos direcionados para uma melhor apreensão dos fenômenos. Há sempre algum grau de interação entre as disciplinas, o que varia é o grau de intensidade das trocas. Na busca por uma maneira para representar o grau de aproximação entre disciplinas e saberes foram elaborados alguns conceitos: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Estes representam respectivamente os graus de interação, desde o que apresenta quase nenhum contato, até o de maior intercâmbio entre os universos disciplinares (FURTADO, 2007).

Quadro 6: Conceitos utilizados para representar o grau de interação entre as disciplinas

Grau de interação entre as disciplinas	Características	Exemplos
Multidisciplinaridade	Justaposição de disciplinas. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas.	A coexistência de diferentes áreas em um mesmo ambiente, com baixo grau de inter-relação.
Pluridisciplinaridade	Efetivo relacionamento de disciplinas entre si, havendo coordenação por parte de uma dentre as disciplinas ou pela direção da organização. Prevalece à ideia de complementaridade sobre a noção de integração de teorias e métodos.	Tradicionais reuniões de equipe (discussão de caso).
Interdisciplinaridade	Grau mais avançado de relação entre as disciplinas. Não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente.	Saúde mental, como resultante da convergência da psiquiatria, psicologia, psicanálise, sociologia e saúde coletiva e operada iniciativas desenvolvidas nos serviços comunitários de atenção às pessoas com sofrimento psico.
Transdisciplinaridade	Um único domínio linguístico, com base na identificação de zonas de permeabilidade epistêmica entre as disciplinas e pelo foco comum no objeto.	Um único texto ou discurso, refletindo a multidimensionalidade da realidade. A cooperação e coordenação entre as disciplinas visa justamente transcendê-las.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Furtado (2007)

Simultaneamente, há diversas forças que incidem sobre o profissional, que variam ao longo do tempo e podem sofrer influências da organização institucional ou estruturas maiores. A atuação desses vetores tende a moldar as ações profissionais para uma prática mais ou menos interligada. Vale assinalar que o grau de colaboração cresce na proporção inversa da autonomia individual (ibidem).

A apreensão de ações e trânsitos entre especificidades que diferenciam e caracterizam os profissionais pode ser subsidiadas pelos conceitos de campo e núcleo. O primeiro se refere às responsabilidades e saberes congruentes a diferentes profissões e o segundo aos elementos singulares, que definem a identidade de cada profissional. A quantidade de ações de ambos os conceitos é determinada pela constituição e objetivo de um serviço (ibidem)

Compreendidos pelos profissionais, ambos os conceitos possibilitam maior clareza sobre no momento de compartilhar as ações, bem com a confiança de que, colaborar com os integrantes da equipe, não resulta em perda de identidade profissional. As atividades ligadas ao campo são essencialmente interdisciplinares e requerem elevado grau de interprofissionalidade (FURTADO, 2007).

Para atender ao princípio da integralidade, o SUS precisa implementar serviços, programas e projetos que priorizem a colaboração profissional. Estruturar equipes de saúde de maneira a assegurar condições para o fluxo de trocas e inter-relações profissionais, de saberes e gestão compartilhada, se torna um desafio. Como proposta para organização do trabalho em saúde, as equipes de referência buscam estruturar, viabilizar no interior das equipes, a ideia da interdisciplinaridade (ibidem).

A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder delegado à equipe interdisciplinar. (DOMITTI & CAMPOS, 2005, p.4 apud. FURTADO, 2007, p. 251).

Ao agregar diferentes categorias profissionais em torno dos casos a ser atendidos, superando a organização dos serviços segundo departamentos, esse modelo realiza um recorte diferente. Reforça o poder de gestão da equipe interdisciplinar e desloca o poder das profissões e corporações de especialistas (ibidem).

[...] A tarefa da equipe de referência constitui-se em trabalho com e entre muitos, por isso o modelo de gestão e outras formas de organização do serviço deverão garantir à equipe a possibilidade de análise de seus inevitáveis conflitos, estabelecendo arranjos e dispositivos institucionais que possibilitem o convívio com a diferença e apesar dela (FURTADO, 2007, p. 253).

A interdisciplinaridade como possibilidade para reorganização do trabalho em saúde requer tanto uma reflexão acerca de como se dá a interação entre os trabalhadores, quanto à compreensão da realidade institucional onde estão inseridos. Com base na literatura analisada é possível sinalizar que atualmente o trabalho em saúde é intermediado pela multidisciplinaridade, que se traduz na realização de trabalho em equipes, formadas por profissionais de áreas diferentes. Contudo, não garante a realização de práticas interdisciplinares.

A construção de um modelo assistencial de saúde, que seja coletivizado, visando substituição da rigidez das especificidades profissionais, pela flexibilidade para dar respostas compatíveis com as demandas da população, pressupõe a integração da equipe e manejo dos conflitos, que são inerentes ao processo de trabalho.

As análises realizadas sobre os diferentes processos de trabalho em saúde chamam atenção para necessidade de reconfiguração, (re) divisão do trabalho coletivo. Cabe assinalar que, o interdisciplinar implica a coexistência de ações técnicas privativas e a realização de ações comuns, com tendência a horizontalizar as relações de poder. No entanto, a dissolução das especificidades de cada profissão, mesmo que de maneira gradativa, é seguida de tensão, posto que as relações hierárquicas são mantidas e reproduzidas, sobretudo, entre médicos e não médicos. Há, portanto, necessidade de revisão das práticas em saúde, para que redefinam o processo de trabalho das equipes.

O lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade

A inclusão deste item foi em decorrência do estudo ter sido realizado por uma Assistente Social e por procurar entender como o Serviço Social está dialogando com a temática da interdisciplinaridade. Buscamos analisar qual o lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade e o que está sendo produzido. Como resultado, encontramos na biblioteca da base de dados da CAPES dois artigos, que versam sobre a temática com foco na atuação profissional.

Quadro 7: Artigos analisados no núcleo três

Título	Autores	Ano de publicação	Formação acadêmica	Tipo de Pesquisa	Tipo de Estudo	Método	Objetivo	Revistas
INTERDISCIPLINARIDADE, SERVIÇO SOCIAL E PENAS ALTERNATIVAS: ENTRE A TUTELA INSTITUCIONAL E A EMANCIPAÇÃO DOS SUJEITOS EM CONFLITO COM A LEI.	Marcos Francisco de Souza	2009	Serviço Social	Qualitativa	Artigo	Revisão de literatura e pesquisa de campo	Analisar se no espaço de trabalho pesquisado as relações entre os profissionais alcançam ou não o nível da interdisciplinaridade.	Serviço Social Sociedad e
A INTERDISCIPLINARIDADE E O SERVIÇO SOCIAL: ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSÕES	Ediane Moura Jorge, et al	2017	Serviço Social	Qualitativa	Artigo	Revisão de literatura	Introduzir uma discussão sobre a interdisciplinaridade como alternativa metodológica de superação do modelo tradicional de ciência que prima pela fragmentação dos vários aspectos da vida social.	Textos & Contextos

Fonte: Elaborado pela autora

É importante reafirmar como discorrido anteriormente que diferente dos demais processos de seleção, os termos descritores para esta busca foram: Serviço Social, interdisciplinaridade, bem como não foram encontrados artigos publicados na área da saúde. A ausência de estudos nesta área não implica dizer que o Serviço Social em nada agrega a temática interdisciplinar. Teoricamente, o Serviço Social agrega, mas na prática, em saúde não.

Ambos os artigos partem do pressuposto de que o sujeito é um ser político e histórico, característica que impede sua apreensão, enquanto mero objeto homogêneo e exato. “Sendo um ser político e histórico, o homem constrói a sua própria realidade dando múltiplos, heterogêneos e contraditórios significados e sentidos aos seus pensamentos e suas ações” (SOUZA, 2009, p. 48).

Para Jorge e Pontes (2017) refletir sobre a interdisciplinaridade no âmbito da política pública, em meio às contradições da sociedade capitalista, contribui para descoberta de um campo teórico da relação entre sociedade e conhecimento. A realidade construída social e historicamente recoloca o papel do próprio ser humano no seu processo de sociabilidade. Neste sentido, o conceito de interdisciplinaridade é dinâmico, processual e inacabado.

A reunião de profissionais especializados para intervir na realidade revela uma necessidade de pensar e executar ações coletivas, e, assim, na dimensão da

prática profissional, este encontro entre conhecimentos profissionais é colocado para investigação, pois pressupondo que o mesmo exige uma abertura e atitude na direção do diálogo, do inter, do fazer-com-o-outro, é este encontro ou relação que nos faz indagar sobre as intervenções na realidade social e sobre esse conhecimento da interdisciplinaridade aplicado a um espaço público (JORGE; PONTES, 2017, p. 176).

A estrutura institucional com aglutinação de saberes, sem um processo de discussão que expresse as correlações e reciprocidades não é suficiente, é preciso que se estabeleçam mecanismos com intuito de garantir o diálogo entre os diversos campos do saber. O interdisciplinar não se efetiva sem a superação do saber uno e linear. Isto não implica na eliminação das diferenças e especificidades, ao contrário, possibilita que as áreas se reencontrem e se contemplem dialética e contraditoriamente (SOUZA, 2009).

O Serviço Social reflete sobre a interdisciplinaridade a partir de uma totalidade histórica, crítica e dialética, que necessita de condições sociais objetivas para se desenvolver. É vista como um balizador da realidade e se desenvolve nas particularidades históricas.

A concepção de Interdisciplinaridade é produzida no seio de um movimento histórico de crise de paradigmas das ciências sociais que: criticava as excessivas especializações da produção do conhecimento; procurava responder a uma exigência do mundo da produção que buscava fazer avançar as indústrias, unindo profissionais e cientistas de diferentes especialidades no objetivo comum do aumento da produção e elevação da eficiência, do lucro e, por suposto, aumento da mais valia relativa (BIANCHETTI; JANTSCH, 1995 apud JORGE; PONTES, 2017, p. 178).

A discussão acerca da interdisciplinaridade recai sobre as formas de pensar e agir sob a lógica do individual e do coletivo e a efetivação do trabalho interdisciplinar pressupõe a democratização das relações de poder no interior das equipes profissionais, reconhecendo dialeticamente a necessidade da interação entre os diferentes saberes para um objeto comum. Neste sentido, o esforço na busca do conhecimento e/ou verdade, que é incompleta, relativa e parcial é sempre acumulativo e processual.

[...] é preciso pensar a interdisciplinaridade como uma postura profissional que permite pôr em trânsito o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desvelamento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer (RODRIGUES, 1995, apud SOUZA, 2009, p. 58).

A perspectiva interdisciplinar seria o lugar de consenso e coesão entre os

profissionais, que permite a pluralidade de contribuições e compreensões sobre o mesmo objeto. Compreendida como possibilidade de prática social para responder às demandas práticas do trabalho, a partir da totalidade contraditória, complexa e histórica.

Apontar o caráter dialético da realidade, fundando-o nos princípios da totalidade, contradição e mediação, permite-nos situar a interdisciplinaridade como o caminho do meio para se restabelecer a unidade e a identidade entre os fenômenos subjetivos e sociais, entre o individual e o coletivo, entre o simples e o complexo, o universal e o particular (SOUZA, 2009, p. 59).

A compreensão do interdisciplinar requer sua inserção no contexto histórico de produção do conhecimento, como também, as relações de trabalho são resultantes das condições históricas. Vale assinalar que os artigos apontam como limites para o trabalho interdisciplinar, a formação profissional, as relações de poder, bem como as barreiras institucionais. Diferente da maioria dos artigos analisados neste estudo, os artigos do Serviço Social refletem a prática profissional, a partir da sociedade capitalista.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que não há consenso sobre o conceito de interdisciplinaridade. Há autores que a compreende de maneira idealista, a-histórica, outro como uma construção histórica, produto da luta entre sujeito e as condições materiais objetiva.

Cabe assinalar que, embora haja diálogo e complementação entre as linhas de pensamento descritas, nosso estudo tem por base os estudos de Japiassu, por apresentar a interdisciplinaridade numa visão conceitual ampla e consistente, contendo a discussão das premissas indispensáveis para uma prática interdisciplinar.

Do ponto de vista epistemológico são inúmeras as contribuições do referido autor e seus seguidores sobre a temática. Esses ao refletirem sobre a interdisciplinaridade como caminho para a superação da fragmentação do saber não levam em consideração as contradições existentes na sociedade capitalista, que repercutem diretamente sobre os processos de organização do trabalho. Alguns cometem o equívoco de relacionar a realização de práticas interdisciplinares diretamente com a vontade profissional, fator que pode contribuir ou não para realização dessas práticas, porém não é determinante.

Embora, por vezes nosso estudo reflita muitas a interdisciplinaridade do ponto de

vista do “vir a ser”, a entendemos como elemento de integração entre saberes e profissionais, que se encontram inseridos no interior da sociedade de produção capitalista e, portanto, sofre as tensões do sistema, que na busca pela acumulação, direciona-se na contramão de uma construção compartilhada do conhecimento.

Inúmeros são os desafios postos a realização do trabalho interdisciplinar, entre eles se destacam: a formação profissional com base em disciplinas isoladas, em universidades constituídas por departamentos que não dialogam; a maneira como as políticas de saúde se encontram estruturadas; a forma de gestão; as relações de poder; o tipo de vínculo institucional; falta de humildade, como também de conhecimento sobre o seu próprio trabalho, por conseguinte o do colega que integra a equipe e os limites institucionais.

As análises realizadas possibilitaram respostas às indagações que embasaram nosso estudo, no que se refere ao fato do termo interdisciplinaridade estar ganhando cada vez mais espaço nos diferentes setores da saúde, isso não necessariamente implica em dizer que tal incorporação terminológica corresponde a concepções e práticas coerentes no cuidado com as pessoas que buscam os serviços de saúde. A discussão da interdisciplinaridade no âmbito da prática profissional em saúde, apesar de ser recorrente entre os profissionais que integram as diferentes equipes profissionais, ainda não conseguiu romper com o campo teórico, ou seja, a intenção teórica por si só não se traduz na implantação de novas práticas em saúde.

Assim, a interdisciplinaridade presente nos discursos dos profissionais não é suficiente para garantir que seja realizado de fato um trabalho coletivo e articulado. Há uma tendência em relacionar tudo que é realizado em grupo, de forma coletiva com a perspectiva interdisciplinar. Neste sentido, é realizada uma relação direta e equivocada com a multi e pluridisciplinaridade, sem levar em consideração o grau de interação entre as trocas de saberes. Isso implica em dizer que, embora o trabalho em saúde tenha como princípio norteador o cuidado integral, não necessariamente, as equipes profissionais realizam um trabalho interdisciplinar.

Apesar das DCN para formação em saúde primar por uma formação interdisciplinar, ainda é preponderante entre os cursos de graduação, os currículos pautados em disciplinas, que contribuem para realização de práticas profissionais desarticuladas, isoladas. Estas muitas vezes acabam por refletir o isolamento vivenciado durante o processo de formação. Em especial a formação médica, que embora seja direcionada à uma formação humanista, crítica-reflexiva, de acordo com nossas análises

os profissionais de medicina são os que menos participam das atividades coletivas.

Pensar a interdisciplinaridade na sociedade contemporânea requer a compreensão de que não se trata de uma proposta que nega as disciplinas, pelo contrário, busca a complementação entre as diversas áreas do conhecimento para responder às demandas de saúde da população. Há de se considerar que, as necessidades de saúde são complexas e refletem as condições sociais onde a população se encontra inserida.

Ao analisarmos como a perspectiva da interdisciplinaridade vem sendo abordada nas políticas de saúde e nos diferentes espaços do trabalho profissional, com base nos artigos, concluímos que no âmbito da saúde a discussão se dar de forma pragmática, constituindo-se em mais um dos inúmeros desafios à realização de práticas interdisciplinares. Assim, o trabalho interdisciplinar se constitui em um grande desafio, à medida que busca por soluções para os problemas de saúde, a partir da totalidade, que envolve a realidade na qual os sujeitos se encontram. Isto implica numa correlação de forças entre capital e trabalho; ser coletivo e o sujeito individual.

Inserida em um movimento histórico de crise de paradigmas, a interdisciplinaridade, enquanto estratégia para perpassar as barreiras instituídas, tem entre seus maiores desafios, o de tomar como princípios: a totalidade, a contradição, a mediação, bem como a contradição inerente ao modo de produção capitalista.

A realização de práticas interdisciplinares em consonância com o princípio da integralidade das ações em saúde se torna cada vez mais necessária como estratégia para manutenção do diálogo entre os diferentes campos do conhecimento e o fortalecimento das relações profissionais, como também para melhor responder às demandas populacionais que chegam aos diferentes serviços de saúde.

Tendo em vista os aspectos observados ao longo da realização deste estudo, somos levados a acreditar que o lugar do Serviço Social na interdisciplinaridade é o de refletir sobre a temática no interior da sociedade capitalista de produção, enquanto elemento tensionado pelas contradições do sistema, que terceiriza, flexibiliza e fragmenta os diferentes processos de trabalho, consequentemente, as relações sociais. Apesar do reduzido número de estudos encontrados identificou-se que as discussões apresentadas contribuem significativamente para o desenvolvimento de análises crítica-reflexiva acerca da realidade em que se materializam as práticas profissionais.

No conjunto das produções analisadas, verificou-se a ausência de estudos sobre o quanto as estratégias para manutenção do sistema de produção capitalista refletem sobre as tentativas de implementação de ações interdisciplinares. Acredita-se ter sido possível

atingir os objetivos apresentando conteúdos e discussões suficientes para refletir sobre a interdisciplinaridade e as múltiplas dimensões do trabalho em saúde. Contudo, se faz necessário a realização de novos estudos que ajude a identificar e compreender as contradições e desafios que se apresentam a partir das estratégias de manutenção do sistema capitalista.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 82, de 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em abril de 2017.

_____, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em abril de 2017.

_____, Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em de 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Trabalho e relações do cuidado na saúde./ Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 37p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso e março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em maio de 2019.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª Edição. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____, M. I. S. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro:

UERJ/DEPEXT/NAPE, 2006.

BRITO, J. C. Trabalho Prescrito. **Dicionário da Educação em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009.

CALLONI, H. **Os sentidos da interdisciplinaridade**. Pelotas (RS): Seivas Publicações, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Efeito torre de Babel: entre o núcleo e o campo de conhecimentos e de gestão das práticas; entre a identidade cristalizada e a nega-fusão pós- moderna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, 2000.

CARVALHO, A. I. de.; BARBOSA, P. R. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis - Departamento de Ciências da Administração UFSC. 2010.

CARVALHO, R. de.; IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CAVALCANTI, A. S.; REIS, M. L.; LIRA, S. A. Interdisciplinaridade e questão social: novo paradigma no trabalho do serviço social na Amazônia. In: circuito de debates acadêmicos, 2011, Brasília. **Anais**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo30.pdf>. Acesso em abril de 2019.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos, et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-12713>. Acesso em julho de 2018.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova nº. 19. São Paulo, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009 acesso em fevereiro de 2020.

CONSELHO, Federal de Serviço Social - CFESS. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2009.

_____, Federal de Serviço Social - CFESS. Código de ética do/a assistente social. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

_____, Federal de Serviço Social - CFESS. O serviço social em hospitais: orientações básicas. Rio de Janeiro: CFESS, 2008.

DESCARTES, R. Discurso do Método. In: DESCARTES, René. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

DIAS, I. M. A. V. Et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042016000400257&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em setembro de 2018.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para integração de saberes e colaboração interprofissional**. 2012.

Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9201. Acesso em janeiro de 2018.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1977.

ESCOREL, S. **História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: Giovanella, Lígia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. 2008.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituído e o instituído. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n3/743-752/>. Acesso em fevereiro de 2019.

FAZENDA, I. C. Fundamentos de uma prática interdisciplinar a partir da tese da “Interdisciplinaridade: um projeto em parceria”. In: **Revista ANDE**. São Paulo, v 12, n. 19, 1993.

_____, **Virtude da força nas práticas interdisciplinares**. Campinas/SP: Papirus, 1999.

_____, **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulus, 2003.

_____, **Interdisciplinaridade: um dicionário em construção**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____, **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia**. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2011.

FONSECA, J. J. S. da. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará. Universidade Estadual do Ceará, 2002.

FRANCO, T.; MERHRY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2007.

FURLANETTO, E. C. **Dicionário em construção: interdisciplinaridade** / Ivani, C. A. Fazenda (org.). - 2. ed. - São Paulo : Cortez, 2002.

FURTADO, J.P. Equipes de Referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educação**. v.11, n.22, mai/ago 2007.

GARCIA, M. A. A. et al. A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. In: **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v. 29, nº 31, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022007000200005&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em agosto de 2018.

GUEDES, L.E; JUNIOR, M. F. Relações Disciplinares em um Centro de Ensino e Pesquisa em Práticas de Promoção à Saúde e Prevenção das Doenças. In: **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, n.2, 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000200004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em junho de 2018.

GIL, A. C. 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. R. R.; ISAÍAS, C. L.; GIL, M. C. R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. - São Luís, 2016. Disponível em http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf. Acesso em setembro de 2018.

GIOVANELLA, L. L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: **Saúde Debate**. 2002. Disponível em <http://www6.enasp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAdade.pdf>. Acesso em abril de 2018.

GOMES, D.C.R. (org). **Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado**. Uberlândia: Edufu, 1999.

IAMAMOTO, M. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

JAPIASSU, H. F. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

JORGE, E. M.; PONTES, R. N. A Interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 16, n. 1, jan./jul. 2017. Disponível em <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR>. Acesso em janeiro de 2019.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. In: **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000200012&script=sci_arttext> Acesso em setembro de 2018.

LÜCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar. Fundamentos teórico-metodológicos**. 18ª. ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2013.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Nova Cultural. 1975.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de. ; S. G. W.de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010, vol.63, n.5. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500013>. Acesso em abril de 2017.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R.; Mattos R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001.

MEIRELLES, M. C. P et al. Reflexões sobre a Interdisciplinaridade no Processo de Trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. In: **Revista Enfermagem UFSM**, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2551>. Acesso em agosto de 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. In:

Texto e contexto enfermagem. Florianópolis, v-17, n. 4, out-nov 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em julho de 2017.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde, Dicionário Da Educação Profissional Em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2009.

_____, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

_____, M. C. de S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. In: **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, 1991.

_____, M. C. de S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** 2a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MORIN, E. **A cabeça bem feita** – repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____, E. **Ciência com Consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, A. E. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Julho de 2006. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm. Acesso em agosto de 2018.

MONTAÑO, C.; DURIGUETO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis.** Revista da associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social. Ano II, -2.ed- São Paulo: n°3, 2006.

_____, J. P. As transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade.** n. 50, ano XVII-1998.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, V. E. de. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. In: **Saúde Sociedade.** São Paulo, v.25, n.4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00880.pdf>. Acesso em março de 2019.

OLIVEIRA, F. N. G. Interdisciplinaridade: uma relação possível na universidade? In: **Barbarói.** Santa Cruz do Sul, n.45, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4353>. Acesso em outubro de

2018.

PAÍDUA, E. M. M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico prática**. 2. ed. Campinas: Papiros, 1997.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública vol.29 nº.10 Rio de Janeiro, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003 acesso em fevereiro de 2020.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, 2013. ISSN 1980-220X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em novembro de 2017.

_____, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: **Revista de Saúde Pública**, 35(1). (2001). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em de maio de 2019.

_____, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marina_Peduzzi/publication/47868233_Equipe_multiprofissional_de_saude_a_interface_entre_trabalho_e_interacao/links/5780461b08ae01f736e4a569/Equipe-multiprofissional-de-saude-a-interface-entre-trabalho-e-interacao.pdf. Acesso em março de 2019.

PIAGET, J. **Epistemologia Genética**. Tradução de Os Pensadores. Abril Cultural, 1970.

PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2019.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L.O fluxograma analisador nos estudos sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. In **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555327&indexS>. Acesso em agosto de 2018.

RIBEIRO, H. M. C. B. et al. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. In: **Trab. Educação. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500097. Acesso em setembro de 2018.

SANTOS, W. S. dos. **Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica**.

In: **Revista Brasileira de Educação Médica** 35 (1); 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100012.

Acesso em agosto de 2018.

SCHERER, M.D. A.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 3, n. 2, 2009. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewfile/730/739. Acesso em janeiro de 2019.

SOUZA FILHO, D. M. de. **O empirismo inglês**. Em: Rezende, A. (org.). *Curso de filosofia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

SOUZA, M. F. de. Interdisciplinaridade, Serviço Social e penas alternativas: entre a tutela institucional e a emancipação dos sujeitos em conflito com a lei. In: **Serv. Soc. Rev.** Londrina, v. 12, N.1, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10045>. Acesso em janeiro de 2019.

SANDUVETTE, V. Sobre como e por que construir, (re) construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). In: **Psicologia USP**. São Paulo, 2007. v 18 n 05. indd 83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a05.pdf>. Acesso em Junho de 2018.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia? In M. I. S. Bravo et al., **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. em: SANTOS, Rosa Lucia Cristina dos (org.) **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2º Ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

_____, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 14 de dezembro de 2018
CEP N: 7860101118

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a): Lucilene Alves Pereira
Depto/Disc: Políticas Públicas e Saúde Coletiva
Prof(a).dr(a).Rosilda Mendes (orientadora)

Título do projeto: "INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA SAÚDE: múltiplas dimensões do agir profissional".

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa UNIFESP

Este estudo traz reflexões acerca da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade nas Políticas Sociais, mais especificamente na área de saúde. Nesta perspectiva, consideraremos as múltiplas dimensões do agir profissional enquanto tradução do que as equipes profissionais entendem sobre as referidas categorias a serem analisadas. Uma vez que a interdisciplinaridade e interprofissionalidade tem potencial para dar sustentação às ações realizadas no interior das políticas sociais parte-se do pressuposto que, há uma correlação entre ambas, bem como, que são elementos fundamentais para realização do trabalho em equipe. O espaço interdisciplinar, não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. Todavia, a base do espaço interdisciplinar deverá ser procurada na negação e na superação das fronteiras disciplinares. Na contemporaneidade, o debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade surge no contexto de crítica sobre a fragmentação do saber e a produção de conhecimento, visando à associação dialética entre as diversas dimensões, a exemplo da teoria e prática. Contudo, precisar conceitos não é seu único propósito, uma vez que, temos o intuito de prover o entendimento de que, no campo das políticas sociais, a interdisciplinaridade e interprofissionalidade devem ser compreendidas como uma necessidade intrínseca de referenciar as práticas que integram saberes. Nesta perspectiva tem por objetivo promover o debate entre os diferentes posicionamentos acerca do assunto, bem como identificar sua relação com a interprofissionalidade, a partir de uma revisão conceitual, como também caracterizar a abordagem interdisciplinar e interprofissional. O método utilizado será revisão integrativa da literatura para alcançar os objetivos propostos por meio da análise simultânea de artigos científicos e documentos oficiais. A produção de dados será realizada por meio das técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, considerando a necessidade de nos debruçarmos sobre as políticas de saúde, uma vez que o acesso à saúde passa entre outras etapas, pela elaboração e implementação das políticas sociais que compreende o conceito ampliado de saúde. Os artigos científicos da área de saúde serão levantados em periódicos indexados nas bases de dados SciELO, BVS, LILACS e PubMed. Como critérios de inclusão serão utilizados artigos disponíveis em idioma português, publicados no período relativo a janeiro de 2007 e dezembro de 2017, buscando-se evidenciar o pensamento contemporâneo sobre a temática. No que se refere aos critérios de exclusão, não realizaremos a leitura de textos incompletos e artigos que não estejam disponíveis on-line em sua íntegra.

O Comitê de Ética em Pesquisa – Projetos sem o envolvimento de animais ou de seres humanos - da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, na **ANALISOU e APROVOU** na reunião de 14/12/2018, todos os procedimentos apresentados neste protocolo.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do protocolo.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do protocolo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. **Relatórios parciais** de andamento deverão ser enviados **anualmente** à CEP até a conclusão do protocolo.

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo